



www.doc-dz.com

Forum des étudiants en sciences Médicales, Pharmacie, Chirurgie Dentaire et Biologie en Algérie

Portail

Forums

Doc DZ

Message

Profil

Membres

Groupes

Quitter

Rechercher... Rechercher

NOS AMIS FIDELS



FORMATIONS DOC DZ EN LIGNE

Le Défi Du Prat
La Formation ECG
Diagnostic en Image
La Formation Téléthorax
La Formation Antibiotique
La Formation Examen Clinique
La Formation Bilan Hématologique
Anglais : Improve your English Ya Tbib

QUI EST EN LIGNE ?

Il y a en tout **16** utilisateurs en ligne
: 6 Enregistrés, 0 Invisible et 10 Invités : 2 Moteurs de recherche

alive, generaliste, nadja, sadok mokrane, wisdom, yassino

[Voir toute la liste]

Le record du nombre d'utilisateurs en ligne est de **50** le Jeu 25 Juin - 16:31

QUI SOMMES NOUS ?

Doc DZ.wmv



STATISTIQUES

Nous avons **1653** membres enregistrés
L'utilisateur enregistré le plus récent est **nedjma**

Nos membres ont posté un total de **33165** messages dans **3686** sujets

MEILLEURS POSTEURS

omar19	(2544)	
dr mirion	(2315)	
Alphés.sun	(2053)	
generaliste	(1914)	
Juva	(1834)	
spiculus	(1680)	
dr.boon	(1250)	
monita87	(1197)	
medecine	(1192)	

Messages :
Messages Privés :
Mon profil

TOUR RAPIDE

- +Espace Médecin
- +Espace Pharma
- +Espace Biologie
- +Espace Dentiste
- +Espace Vétérinaire
- +Aide documentation
- +Cas Cliniques et Qcm
- +Participer à notre FMC
- +Livres Médicaux Gratuits
- +Bonne Pratique Médicale
- +Toute l'Actualité Médicale

FLUX RSS



NOTRE MAGAZINE - NUMÉRO RÉCENT

Magazine Médical - Numéro 2



DECOUVREZ NOTRE FORUM

www.doc-dz.com



*la collection
des conférenciers*

dirigée par F. Lamazou

préparation
aux ECN

ORL – Stomatologie Ophtalmologie

M. Devars
du Mayne
N. Rocher

la méthodologie de rédaction

une fiche par item

les réponses types

les sujets tombés et tombables

les pièges classiques

M MASSON

Copyrighted material

ORL
Stomatologie
Ophthalmologie

Chez le même éditeur

Dans la même collection, « La collection des conférenciers » :

Cardiologie, par L. Sabbah, 2008, 120 pages.

Chirurgie digestive, par Q. Pellenc, H. Tranchart, F. Lamazou, 2008, 112 pages.

Endocrinologie-Diabétologie, par F. Lamazou, L. Bricaire, 2007, 136 pages.

Gériatrie – Rééducation, par O. Gridel, 2007, 112 pages.

Gynécologie – Obstétrique, par F. Lamazou, S. Salama, 2007, 192 pages.

Hépto-gastro-entérologie, par O. Dubreuil, 2008, 120 pages.

Maladies infectieuses, par L. Bricaire, F. Bricaire, 2007, 136 pages.

Neurologie, par E. Jouvent, C. Denier. 2007, 208 pages.

Orthopédie – Traumatologie, par J. Amzallag, M. Amzallag, 2007, 112 pages.

Pédiatrie, par S. Laporte, G. Thouvenin. 2007, 200 pages.

Psychiatrie, par D. Ringuenet, C. Modenel. 2008, 168 pages.

Santé publique – Médecine légale, par S. Van Pradelles de Palmaert, T. Clozel, 2007, 120 pages.

Urologie, par Q. Pellenc, A. Tardieu. 2008, 136 pages.

Dans la collection Cahiers des ECN :

Ophtalmologie, par N. Pogorzalek, M. Labetoulle. 2008, 168 pages.

Dans la collection Carnets des ECN :

ORL – Stomatologie – Ophtalmologie, par A. Somogyi. 2008, 160 pages.

Dans la collection Abrégés connaissance et pratique :

Ophtalmologie, par J. Flament. 2002, 384 pages.

ORL, par F. Legent, P. Narcy, C. Beauvillain, Ph. Bordure. 2003, 6^e édition, 392 pages.

Dans la collection Réviser et s'entraîner en DCEM :

Ophtalmologie, par R. Tadayoni. 2004, 128 pages.

ORL – Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale, par L. Benadiba. 2004, 160 pages.

Collection sous la direction de Frédéric LAMAZOU

ORL

Stomatologie

Ophtalmologie

Marie DEVARS DU MAYNE

Interne des hôpitaux en ORL

Nicolas ROCHER

Interne des hôpitaux en ophtalmologie,
responsable des concours blancs Sanofi Internat



**ELSEVIER
MASSON**

This One



268G-UDA-XFPU

Copyrighted material



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

<http://www.elsevier.fr> et <http://www.masson.fr>

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

ISBN : 978-2-294-70333-1

Avant-propos

Cette collection n'a pas pour objectif de remplacer vos polycopiés de cours. C'est une aide pour votre travail personnel. Avec un groupe de conférenciers nous avons fait une synthèse des annales de l'Internat et des ECN, et nous nous sommes aperçus que pour chaque item il n'est pas possible de vous interroger sur une multitude de questions : ce sont donc souvent les mêmes qui retombent. Seul « l'emballage » du dossier change : le terrain, les antécédents et les traitements personnels... Mais, dans le fond, les questions restent les mêmes et donc les réponses aussi. Nous avons sélectionné, par item, les questions qui sont déjà tombées et celles que nous avons jugées « tombables ». Nous vous fournissons les réponses les plus complètes possibles au niveau du contenu et sur le plan méthodologique. Le but est de vous montrer les points importants qu'il ne faut pas oublier et qui valent des points, et de vous montrer comment présenter vos réponses de façon à ce qu'elles soient claires pour vous et pour le correcteur. Une présentation claire et logique montre que vous avez compris ce que vous faites et que vous ne faites pas que réciter votre cours. De plus, n'oubliez pas que les correcteurs des ECN ont plusieurs milliers de copies à corriger dans un temps très court et qu'ils seront donc beaucoup plus réceptifs à une copie bien présentée qu'à une copie qui ressemble à un brouillon.

Ensuite, vient la rubrique « Le mot du conférencier » où nous vous donnons tous nos trucs, nous indiquons les pièges et les astuces des questions. Au besoin, nous faisons des rappels de cours sur les points qui posent problème aux étudiants lors de nos conférences. Nous essayons de vous montrer comment raisonner sur un sujet, quels sont les points qui doivent vous alerter. En bref, c'est une synthèse de tout ce que l'on dit en conférence.

En DCEM 2 et DCEM 3, ce livre va vous aider à faire vos fiches car vous pourrez y trouver les points importants des questions : cela vous évitera de recopier l'intégralité de votre livre sur vos fiches. Cela va également vous faire travailler votre méthodologie. Encore une fois, c'est un point que l'on juge très important. Vous devez vous forcer à bien écrire et à bien présenter vos dossiers dès le début, même quand vous faites des dossiers pour vous-même. Les bonnes habitudes sont dures à prendre mais les mauvaises sont dures à perdre ! Ne croyez pas que le jour des ECN, vous allez bien écrire, proprement, lisiblement, avec une super présentation. C'est faux, si vous le faites pour la première fois

aux ECN, vous perdrez énormément de temps alors que si vous le faites dès le début cela deviendra instinctif et vous irez vite.

En DCEM 4, ce livre vous aidera pour vos derniers tours, pour vérifier qu'il ne vous manque pas de zéros et pour réciter pendant vos sous-colles. Enfin, il vous permettra de faire un dernier tour rapide des questions et de revoir les pièges et astuces grâce au « mot du conférencier ».

Les ECN sont une course d'endurance : ne partez pas en trombe, cela ne sert à rien, vous allez vous épuiser. Pas de panique, organisez-vous bien et prenez des moments de repos, vous travaillerez bien mieux ensuite. Profitez de vos stages pour apprendre tous les points pratiques et développer votre raisonnement clinique. Les ECN vous testent presque autant sur votre raisonnement que sur vos connaissances. Vous vous rendrez compte qu'en raisonnant sur un dossier sur lequel vous n'avez pas d'idées, en faisant du logique et du symptomatique, vous arriverez à avoir beaucoup plus de points que vous ne le pensez.

Profitez de vos conférences, ne révisez pas avant d'y aller, cela ne sert à rien : vous saurez répondre aux questions pendant la conférence, mais le lendemain vous en aurez oublié une grande partie. Vous devez tester votre mémoire à long terme et non votre mémoire immédiate, car c'est votre mémoire à long terme qui vous servira le jour des ECN. Même si vous n'avez pas révisé, allez aux conférences, en quelques heures vous traiterez plusieurs chapitres et vous retiendrez plein de choses. Lorsque vous ferez tranquillement ces questions vous comprendrez plus facilement et vous vous rendrez compte que finalement vous connaissez déjà pas mal de choses. Faites un maximum de dossiers, c'est le meilleur entraînement pour les ECN. Insistez sur les questions pénibles que personne n'aime (infections materno-fœtales, accueil d'une victime de violence sexuelle...), ce sont en général les dossiers « classants » quand ils tombent.

Bon courage ! Travaillez bien. Et encore une fois pas de panique, organisez-vous bien, prenez des pauses de temps en temps, et vous allez voir que ça va très bien se passer !

Frédéric LAMAZOU

Remerciements

Au Docteur Sylvère DUPONT-MONOD, assistant au CHNO des XV XX, merci pour ton aide précieuse et ton amitié.

N. Rocher

À Julien Hanss, interne des hôpitaux de Paris en ORL, merci pour ton aide et ton soutien.

À Monsieur Le Professeur A. Coste, chef de service d'ORL AU CHIC, un patron exceptionnel.

M. Devars du Mayne

Table des matières

Avant-propos	V
Fiche de méthodologie	XIII
Faire un brouillon	XIX
Liste des abréviations	XXV
 ORL.....	 1
■ Partie 1	
Examen en ORL.....	3
■ Partie 1, Module 4, Item 53	
Principales techniques de rééducation et de réadaptation.	
Savoir prescrire l'orthophonie.....	7
■ Partie 1, Module 7, Item 77	
Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte	9
■ Partie 1, Module 7, Item 90	
Infections nasosinusiennes de l'enfant et de l'adulte.....	13
■ Partie 1, Module 7, Item 98	
Otalgies et otites chez l'enfant et l'adulte	22
■ Partie 1, Module 10, Item 145	
Tumeurs de la cavité buccale et des voies	
aérodigestives supérieures	27
■ Partie 1, Module 11, Item 193	
Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant.	
Corps étranger des voies aériennes supérieures.....	32
■ Partie 1, Module 11, Item 201	
Évaluation de la gravité et recherche des complications	
précoces : chez un traumatisé cranio-facial	36
■ Partie 1, Item 294	
Altération de la fonction auditive.....	40
■ Partie 3, Item 313	
Épistaxis.....	42
■ Partie 3, Item 326	
Paralysie faciale.....	46



■ Partie 3, Item 337	
Trouble aiguë de la parole. Dysphonie.....	49
■ Partie 3, Item 344	
Vertige (avec le traitement)	52
 Stomatologie.....	 57
■ Partie 1, Module 3, Item 35	
Développement buccodentaire et anomalies	59
■ Partie 2, Item 256	
Lésions dentaires et gingivales.....	62
■ Partie 2, Item 270	
Pathologie des glandes salivaires	66
■ Partie 3, Item 305	
Douleur buccale	70
 Ophtalmologie	 73
Anatomie de l'œil et de ses annexes.....	75
Examen ophtalmologique	80
■ Partie 1, Module 3, Item 33	
Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des troubles visuels. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles.....	83
■ Partie 1, Module 5, Item 58	
Cataracte.....	85
■ Partie 1, Module 5, Item 60	
Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.....	88
■ Partie 1, Module 8, Item 119	
Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélisque	90
■ Partie 1, Module 8, Item 125	
Sclérose en plaques.....	92
■ Partie 1, Module 9, Item 127	
Transplantation d'organes.....	94
■ Partie 1, Module 9, Item 130	
Hypertension artérielle de l'adulte.....	96
■ Partie 1, Module 11, Item 187	
Anomalie de la vision d'apparition brutale	101

■ Partie 1, Module 11, Item 201	
Évaluation de la gravité et recherche des complications précoces : chez un brûlé, chez un traumatisé craniofacial.....	105
■ Partie 1, Module 11, Item 212	
Œil rouge et/ou œil douloureux.....	108
■ Partie 2, Item 233	
Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte	114
■ Partie 2, Item 240	
Glaucome chronique.....	117
■ Partie 2, Item 246	
Hyperthyroïdie	121
■ Partie 2, Item 271	
Pathologie des paupières	123
■ Partie 2, Item 287	
Trouble de la réfraction	125
■ Partie 3, Item 293	
Altération de la fonction visuelle.....	127
■ Partie 3, Item 304	
Diplopie.....	128
■ Partie 3, Item 333	
Strabisme de l'enfant.....	131

Fiche de méthodologie

La présentation est très importante aux ECN : vous avez un cahier sans case, ce qui veut dire que vos réponses peuvent aller d'un mot à une voire deux pages. Devant une réponse longue, le correcteur, qui a environ deux milles copies à corriger, doit pouvoir trouver rapidement les mots-clés. Devant une copie mal écrite et mal présentée, un correcteur sera toujours plus sévère car il passera beaucoup plus de temps à essayer de déchiffrer les mots-clés et à les dénicher au milieu d'une page de texte sans aucune présentation.

Nous vous proposons donc une présentation type pour les principales questions que l'on peut vous poser aux ECN. Elle sera, bien entendu, à adapter au cas par cas. Utilisez les décalages, les tirets et écrivez les mots-clés en majuscules. Évitez les longues phrases. Entraînez-vous à le faire dès maintenant car ce n'est pas le jour des ECN, alors que vous serez stressé, que vous allez pouvoir changer votre manière de présenter votre dossier ou alors ce sera au prix d'une perte de temps considérable. À l'inverse, avec de l'entraînement, vous irez très vite en évitant les longues phrases, et les items seront plus clairs pour vous aussi lors de la relecture de votre dossier.

Réponse type : « Quel est votre diagnostic ? »

Le diagnostic est : XXXXX ± AIGU ou CHRONIQUE ± BÉNIN ou SÉVÈRE ± DU CÔTÉ DROIT ou GAUCHE ± COMPLIQUÉ ou NON car :

Terrain :

- ▶ présence de facteurs de risques :
- ▶ antécédents :

Histoire de la maladie :

- ▶
- ▶

Clinique :

- ▶
- ▶

Examens complémentaires :

- ▶ biologiques :
 - ◆
 - ◆

▶ imagerie :



▶ autres : coelioscopie...

Signes de gravité :



Signes négatifs :



Complicé de YYYY car :

- ▶ clinique :
- ▶ paraclinique :

Réponse type : « Quel bilan faites-vous ? »

Bilan à visée diagnostique :

▶ biologique :



▶ imagerie :



Bilan à visée étiologique :

▶ biologique :



▶ imagerie :



Bilan à la recherche de complications :

▶ biologique :



▶ imagerie :



Bilan pré-thérapeutique :

▶ biologique :



► imagerie :



Réponse type : « Quel est votre bilan en cancérologie ? »

Confirmation diagnostique = preuve histologique.

Bilan d'extension :

- locale (tumeur)
- régionale (ganglions)
- à distance (métastases)

Marqueurs cancéreux.

Bilan des autres complications.

Bilan préopératoire, préchimiothérapie (+ conservation des ovocytes).

Réponse type : « Quel examen vous permet de faire le diagnostic ? »

Examen complémentaire :

- résultats attendus :



- signes de gravités :



- signes négatifs :



Réponse type : « Quel est votre traitement ? »

HOSPITALISATION ou non en service spécialisé

± URGENCE THÉRAPEUTIQUE ± PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ ± PRONOSTIC FONCTIONNEL ENGAGÉ

Mise en condition du malade :

- ± repos au lit
- ± voie veineuse périphérique
- ± scope cardiotensionnel
- ± À JEUN

Traitement étiologique :

- traitement médical : CLASSE DU MÉDICAMENT : FAMILLE DU MÉDICAMENT : NOM DU GÉNÉRIQUE ± posologie VOIE D'ADMINISTRATION ± durée
- traitement chirurgical

Traitement symptomatique : CLASSE DU MÉDICAMENT : FAMILLE DU MÉDICAMENT : NOM DU GÉNÉRIQUE ± posologie VOIE D'ADMINISTRATION ± durée

Prévention des complications de décubitus :

- ▶ ± prévention des escarres
- ▶ ± kinésithérapie
- ▶ ± anticoagulant à dose préventive : héparine de bas poids moléculaire : ENOXAPARINE SODIQUE/LOVENOX SC

Surveillance :

- ▶ clinique :
 - ◆
 - ◆
- ▶ paraclinique :
 - ◆
 - ◆

Réponse type : « Quelle est votre prise en charge ? »

HOSPITALISATION ou non en service spécialisé
 ± URGENCE THÉRAPEUTIQUE ± PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ ± PRONOSTIC FONCTIONNEL ENGAGÉ

Mise en condition du malade :

- ▶ ± repos au lit
- ▶ ± voie veineuse périphérique
- ▶ ± scope cardiotensionnel
- ▶ ± À JEUN

Bilan ± en urgence :

- ▶ biologique :
 - ◆
 - ◆
- ▶ imagerie :
 - ◆
 - ◆
- ▶ bilan pré-thérapeutique
 - ◆
 - ◆

Traitement étiologique :

- ▶
- ▶

Traitement symptomatique :

- ▶
- ▶

Prévention des complications de décubitus :

- ▶ ± prévention des escarres
- ▶ ± kinésithérapie
- ▶ ± anticoagulant à dose préventive : héparine de bas poids moléculaire : ENOXAPARINE SODIQUE/LOVENOX SC

Surveillance :

- ▶ à court terme :
 - ◆ clinique :
 - ◆ paraclinique :
- ▶ à moyen et long terme
 - ◆ clinique :
 - ◆ paraclinique :

Prise en charge sociale :

- ▶ ± prise en charge à 100 %
- ▶ ± aide ménagère...

Faire un brouillon

Avant de parler du brouillon, juste un rappel : bien qu'on vous demande de rédiger vos réponses, souvenez-vous que **VOUS ÊTES TOUJOURS NOTÉS PAR DES MOTS-CLÉS**, que le correcteur doit trouver dans votre copie.

En fait, ce n'est pas au correcteur de les trouver mais à vous de les mettre en évidence pour être sûr qu'il ne les oubliera pas ! Pour ce faire :

- ▶ ne soulignez pas (perte de temps et copie surchargée, surtout si vous écrivez petit)
- ▶ **ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES** (les choses que vous savez ou que vous pensez importantes) :
 - ◆ bien plus **VISIBLE**;
 - ◆ et surtout bien plus **LISIBLE** (surtout si vous écrivez mal).

Je vous rappelle que c'est pour cette même raison que le nom des médicaments doit être écrit en **MAJUSCULES** sur les ordonnances et prescriptions.

Revenons à notre brouillon, qu'il est essentiel de faire le jour du concours mais, bien évidemment, il faut vous y entraîner avant.

En conférence, vous n'avez en général pas le temps de faire ce brouillon (dommage), il faut donc prendre l'habitude d'en faire quand vous faites des dossiers chez vous, aux concours blancs...

Le rôle du brouillon est de ne pas oublier les points importants, d'éviter les zéros à la question et surtout de ne pas tomber dans les pièges qui vous sont tendus. Ne rédigez pas vos réponses sur le brouillon, c'est une perte de temps.

Le brouillon doit être fait pendant la lecture de l'énoncé. Faites toujours attention à chaque mot, rien n'est jamais mis au hasard : si un antécédent ou un traitement est noté, vous devrez vous en servir.

Le brouillon que je vous conseille se divise en 4 parties.

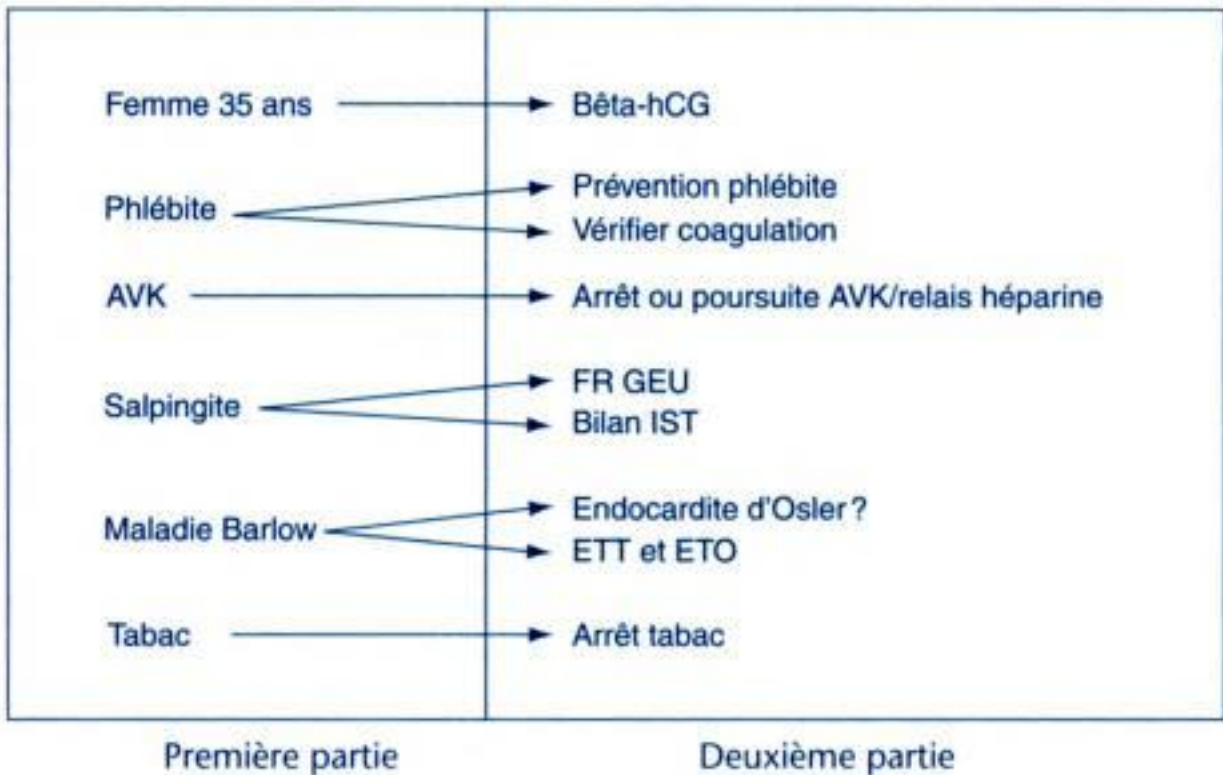
Première partie	Deuxième partie
Troisième partie	Quatrième partie

Première et deuxième parties :

Première partie = la lecture de l'énoncé : notez sur le brouillon les éléments clés comme le terrain, les antécédents, les traitements...

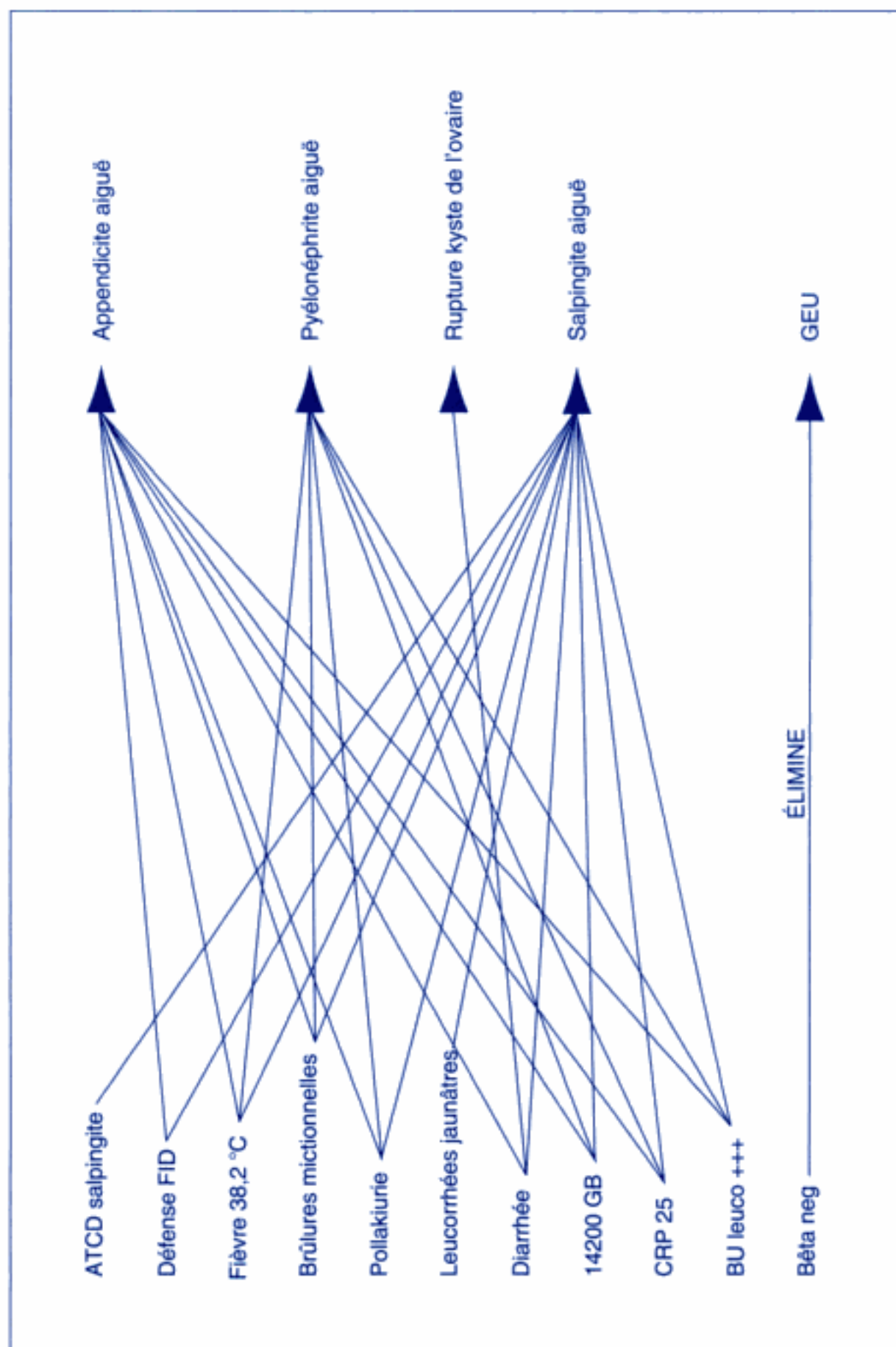
En face de chaque item, dans la deuxième partie, notez les mots-clés automatiques ou les points importants :

Exemple : *Madame H., âgée de 35 ans, vient consulter pour une douleur de la FID... On note dans ses antécédents une phlébite il y a 3 mois pour laquelle elle est encore sous Sintrom®, une salpingite à 20 ans et une maladie de Barlow. Elle fume un paquet de cigarettes par jour depuis quinze ans...*

***Troisième partie :***

Si vous êtes sûr du diagnostic, passez directement à la quatrième partie. Le plus souvent cela ne pose pas de problèmes, mais dans les cas où vous hésitez, faites cette partie.

Troisième partie = symptômes et examens complémentaires pour trouver le diagnostic : reportez tous ces éléments et reliez-les aux différents diagnostics possibles : le bon diagnostic sera celui vers lequel convergent toutes les flèches.



La quatrième partie est à mettre sous la deuxième, une fois le diagnostic posé : mettez-y tous les mots-clés que vous connaissez de la question.

Ensuite, au fur et à mesure de la rédaction, à chaque fois que vous mettez un mot-clé dans les parties 2 et 4 dans une question, barrez-le sur votre brouillon.

Le brouillon va vous servir à nouveau au moment de la RELECTURE.

NE RELISEZ PAS VOS RÉPONSES = PERTE DE TEMPS.

En revanche, RELISEZ L'ÉNONCÉ (vérifiez que vous n'avez pas oublié une question ou une deuxième partie de question).

RELISEZ également VOTRE BROUILLON, il est là pour vous rappeler tous les pièges qui vous étaient tendus : au moment du traitement vous aviez par exemple oublié l'âge de la patiente et le fait qu'elle était mineure : vous rajoutez autorisation parentale à votre réponse traitement...

Liste des abréviations

AEG	altération de l'état général
AG	anesthésie générale
AIC	accident ischémique transitoire
AMIR	anomalies microvasculaires intrarétiniennes
AMM	autorisation de mise sur le marché
ATM	articulation temporomandibulaire
AV	acuité visuelle
AVC	accident vasculaire cérébral
BAV	baisse d'acuité visuelle
BDC	bouchon de cérumen
BGN	bacille Gram négatif
C3G	céphalosporine de 3 ^e génération
CA	chambre antérieure
CA	conduction aérienne
CAE	conduit auditif externe
CAI	conduit auditif interne
CAT	conduite à tenir
CE	corps étranger
CIVD	coagulation intravasculaire disséminée
CMV	cytomégalovirus
CO	conduction osseuse
CPK	cercle périkératique
CRP	<i>C reactive proteine</i>
CV	champ visuel
CV	corde vocale
DDB	dilatation des bronches
DID	diabète insulinodépendant
DMLA	dégénérescence maculaire liée à l'âge
DNID	diabète non insulinodépendant
DR	décollement de rétine
DRP	désinfection rhinopharyngée
EBV	<i>Epstein-Barr virus</i>
ECA	enzyme de conversion de l'angiotensine
EOG	électro-oculogramme
ERG	électrorétinogramme
ETO	échographie transœsophagienne
FN	fosse nasale
FO	fond d'œil

GAFA	glaucome aigu par fermeture de l'angle
GNV	glaucome néovasculaire
HIV	hémorragie intravitréenne
HSV	<i>Herpes simplex virus</i>
HTA	hypertension artérielle
HTIC	hypertension intracrânienne
HTO	hypertonie oculaire
ICG	vert d'indocyanine
IDR	intradermoréaction
IP	iridectomie périphérique
IRM	imagerie par résonance magnétique
IV	intraveineux
LAF	lampe à fente
MNI	mononucléose infectieuse
MST	maladie sexuellement transmissible
NO	nerf optique
NOIAA	neuropathie optique ischémique antérieure aiguë
NORB	névrite optique rétrobulbaire
OACR	occlusion de l'artère centrale de la rétine
OBACR	occlusion de branche de l'artère centrale de la rétine
OBVR	occlusion de branche veineuse de la rétine
OCT	tomographie à cohérence optique
OIN	ophtalmoplégie internucléaire
OMA	otite moyenne aiguë
OMC	œdème maculaire cystoïde
OPN	os propres du nez
OSM	otite séromuqueuse
OVCR	occlusion de la veine centrale de la rétine
PAN	polyartérite noueuse
PEA	potentiels évoqués auditifs
PES	potentiels évoqués sensitifs
PEV	potentiels évoqués visuels
PF	paralysie faciale
PL	ponction lombaire
PO	<i>per os</i>
PPR	panphotocoagulation rétinienne
PR	polyarthrite rhumatoïde
PSDP	pneumocoque à sensibilité diminuée à la pénicilline
RCH	rectocolite hémorragique
RD	rétinopathie diabétique
RDNP	rétinopathie diabétique non proliférante
RDP	rétinopathie diabétique proliférante
RGO	reflux gastro-œsophagien
RPM	réflexe photomoteur
SBHA	streptocoque bêta-hémolytique du groupe A

SEP	sclérose en plaques
SPA	spondylarthrite ankylosante
TDM	tomodensitométrie
TO	tonus oculaire
UBM	<i>ultrasound biomicroscopy</i>
UCNT	carcinome indifférencié de type nasopharyngé
V3M	verre à 3 miroirs de Goldmann
V3V	vitrectomie 3 voies
VADS	voies aérodigestives supérieures
VPPB	vertige paroxystique positionnel bénin
VS	vitesse de sédimentation

ORL



Examen en ORL

Il doit être TOUJOURS BILATÉRAL ET COMPARATIF.

Interrogatoire

- ▶ Âge et profession.
- ▶ Motif de la consultation.
- ▶ Antécédents :
 - ◆ généraux (notamment diabète, HTA, maladies systémiques...)
 - ◆ otorhinolaryngologiques
 - ◆ familiaux
- ▶ Circonstances de survenue : début brutal ou progressif, aigu ou chronique, uni ou bilatéral.
- ▶ Signes associés.
- ▶ Traitements actuels.

Examen clinique

Inspection (spéculum, miroir de Clarr, nasofibroscope)

- ▶ Fosses nasales (rhinoscopie antérieure et postérieure : spéculum ou nasofibroscopie) :
 - ◆ cloison nasale, cornets inférieurs et moyens
 - ◆ cavum et choanes
- ▶ Cavité buccale et oropharynx (à l'aide d'un abaisse-langue).
- ▶ Larynx et hypopharynx (en laryngoscopie indirecte ou en nasofibroscopie) : permet d'évaluer la filière laryngée (obstacle, œdème, corps étranger), la mobilité laryngée +++.
- ▶ Oreille externe (pavillon + CAE), oreille moyenne (tympan + caisse).

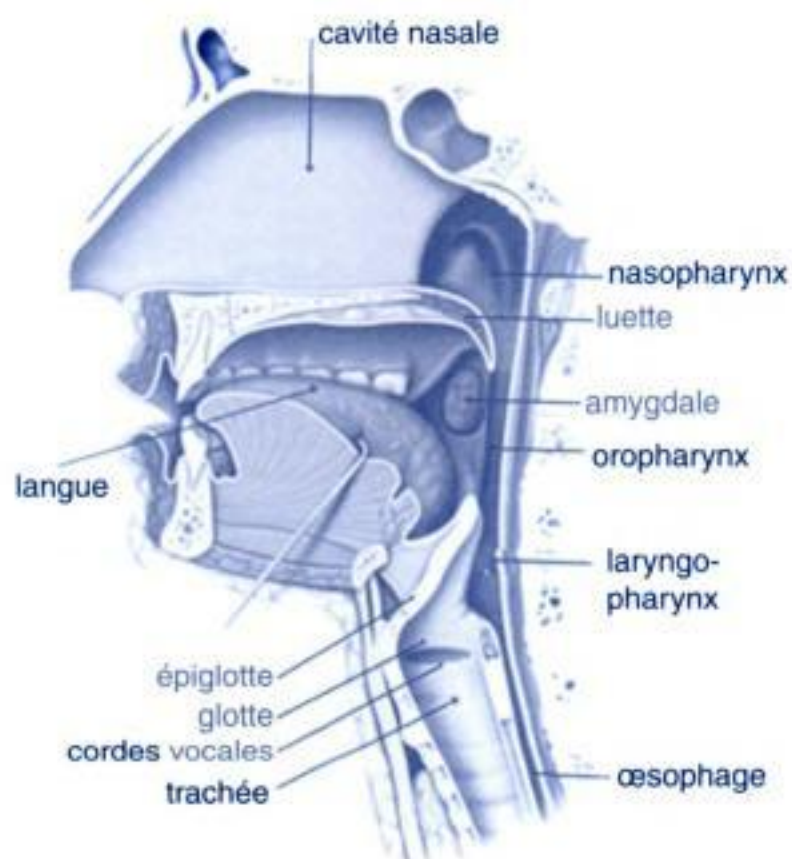


Figure 1 : Coupe médiane du pharynx.

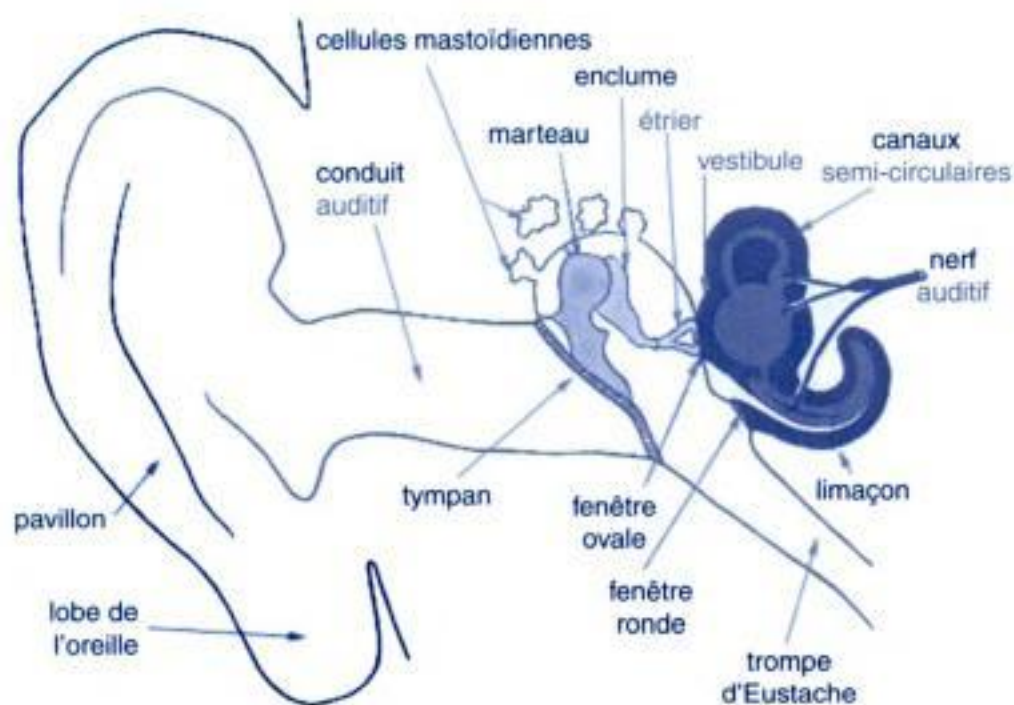


Figure 2 : Oreille externe, moyenne, interne.

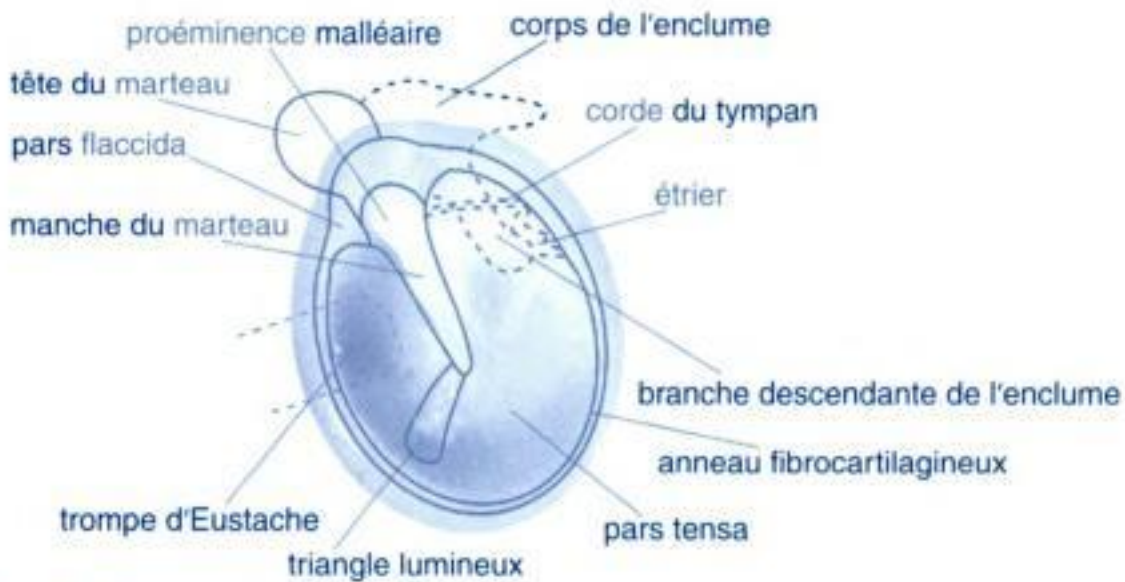


Figure 3 : Tympan gauche, vue otoscopique.

Palpation

- ▶ Endobuccale :
 - ◆ recherche d'une tumeur de la cavité buccale, d'une pathologie des glandes salivaires
 - ◆ palpation bidigitale exo et endobuccale +++
 - ◆ palpation de la base de langue +++++
 - ◆ protraction linguale
- ▶ Cervicale :
 - ◆ recherche adénopathie ou masse
 - ◆ taille, nombre, siège
 - ◆ mobilité par rapport au plan profond, à la peau
 - ◆ caractère douloureux ou inflammatoire
 - ◆ FAIRE SCHÉMA DATÉ

Auscultation

Recherche de tumeurs vasculaires cervicofaciales (tumeur du glomus, malformation artérioveineuse).

Acoumétrie

Elle mesure la capacité à entendre des sons à l'aide d'un diapason :

- ▶ placé devant l'oreille pour l'étude de la conduction aérienne (CA)
- ▶ placé sur l'os pour l'étude de la conduction osseuse (CO) : mastoïde (test de Rinne) et vertex (test de Weber)

Examens complémentaires

Bilan audiométrique

- ▶ Audiogramme tonal : étude du seuil de perception d'un son pur en CO et en CA sur différentes fréquences.

- ▶ Audiogramme vocal : étude de l'intelligibilité.
- ▶ Impédancemétrie : étudie les capacités vibratoires du tympan.

Examens vestibulaires

- ▶ Épreuves vestibulaires caloriques : analyse la réflexivité de chaque vestibule et la valence (différence de réflexivité).
- ▶ Potentiel évoqués auditifs (PEA) : recherche d'un allongement de l'intervalle I-V par rapport au côté controlatéral, qui évoque un neurinome du VIII.
- ▶ Oto-émissions acoustiques (spontanées ou provoquées) :
 - ◆ dépistage des surdités néonatales
 - ◆ si présentes, le déficit auditif n'excède pas 30 dB

Bilan d'imagerie

- ▶ TDM avec reconstruction en coupes coronale, axiale et sagittale :
 - ◆ sans injection pour massif facial et rochers
 - ◆ avec injection pour cervicofacial
- ▶ IRM pour les tissus mous cervicaux et l'angle pontocérébelleux (recherche de neurinome de l'acoustique).

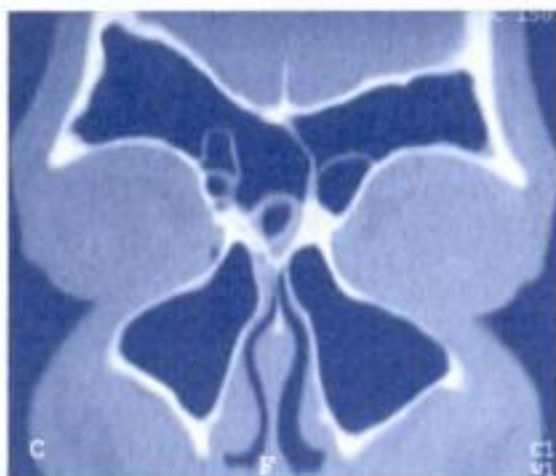
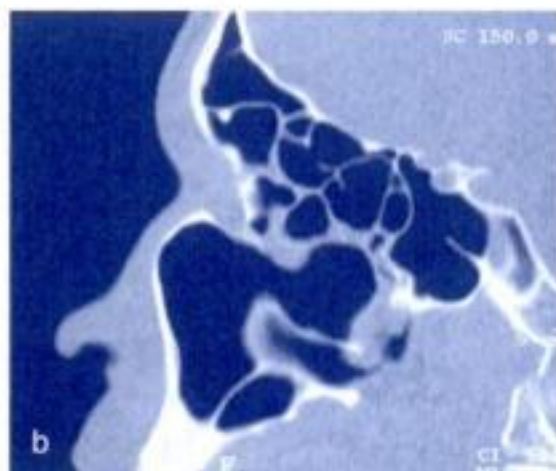


Figure 4 : TDM des sinus. a : coupe axiale. b : coupe coronale. c : coupe sagittale.

ITEM 53

Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire l'orthophonie

Objectif : Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.

Cette question ne peut pas faire l'objet d'un cas clinique. Il faut cependant savoir :

- ▶ quand et comment prescrire l'orthophonie;
- ▶ quelle est la rééducation des patients opérés d'une laryngectomie totale (exérèse du larynx avec trachée abouchée à la peau : trachéostomie).

Prescription d'orthophonie

Exemple d'ordonnance

- ▶ Bilan orthophonique complet.
- ▶ Rééducation vocale ± de la déglutition.

Ne pas indiquer le type de rééducation ni le nombre de séances. C'est le phoniatre ou l'orthophoniste qui, au décours de son bilan, décidera du nombre et du type de séances nécessaires.

Indications

Trouble de déglutition et/ou de phonation post :

- ▶ Chirurgie ou technique laser endolaryngée.
- ▶ Laryngectomie partielle.

Rééducation des laryngectomies totales

- ▶ Apprentissage de la voix œsophagienne (méthode des ventriloques).
- ▶ Possibilité de mise en place d'une prothèse phonatoire :

- ◆ le plus souvent en peropératoire, lors de la laryngectomie totale
- ◆ en réalisant une fistule œsotrachéale, qui permet un passage d'air dans le sens trachée-œsophage et une fermeture dans le sens œsophage-trachée, grâce au clapet



Le mot du conférencier

Cette question ne peut pas faire l'objet d'un cas clinique. Ce qu'il faut savoir :

À quoi sert l'orthophonie : rééducation des troubles de la voix après intervention *a minima* sur les cordes vocales; rééducation des troubles de la déglutition (fausse route) après chirurgie d'exérèse partielle du larynx; apprentissage de la voix œsophagienne chez les laryngectomisés totaux.

- quand et comment prescrire l'orthophonie;
- quels sont les moyens de rééducation vocale des patients opérés d'une laryngectomie totale (exérèse du larynx avec trachée abouchée à la peau : trachéostomie)

ITEM 77

Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte

*Objectifs : Diagnostiquer une angine et une rhinopharyngite.
 Diagnostiquer une mononucléose infectieuse.
 Argumenter l'attitude thérapeutique (P) et planifier le suivi du patient.*

Diagnostic

L'angine est un DIAGNOSTIC CLINIQUE SIMPLE :

- ▶ inflammation aiguë des amygdales palatines, souvent associée inflammation de l'oropharynx (pharyngite)
- ▶ atteinte uni/bilatérale
- ▶ formes cliniques :
 - ◆ érythémateuse, érythématopultacée
 - ◆ pseudomembraneuse
 - ◆ ulcéronécrotique
 - ◆ vésiculeuse
- ▶ signes associés :
 - ◆ dysphagie (sensation de blocage à l'alimentation), odynophagie (douleur à la déglutition)
 - ◆ AEG, fièvre
 - ◆ otalgie réflexe
 - ◆ adénopathies cervicales réactionnelles
 - ◆ rhinorrhée, obstruction nasale, associées dans le cadre d'une rhinopharyngite

Étiologies

Les étiologies sont nombreuses, FONCTION DE LA FORME UNI OU BILATÉRALE.

Forme bilatérale (la plus fréquente)

- ▶ ANGINE ÉRYTHÉMATEUSE, ÉRYTHÉMATOPULTACÉE :
 - ◆ VIRALE ++ (60 %) : mononucléose infectieuse (MNI)
 - ◆ bactérienne :
 - streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SBHA)
 - scarlatine (due à une toxine érythrogène sécrétée par une souche de SBHA)

► **ANGINE PSEUDOMEMBRANEUSE :**

◆ **MNI :**

- pathologie fréquente chez l'adolescent ou l'adulte jeune
- primo-infection EBV
- angine à fausse membrane mais toutes les formes sont possibles
- début progressif avec asthénie, adénopathies cervicales, respect de la luette
- contre-indication de l'aminopénicilline (rash cutané) ⚠
- rechercher : splénomégalie, hépatite virale

◆ **DIPHTÉRIE :**

- infection grave à *Corynebacterium diphtheriae*
- rarissime grâce à la vaccination obligatoire
- risque d'extension laryngée (croup), myocardique et de défaillance multiviscérale mortelle

► **ANGINE ULCÉRONÉCROTIQUE :**

- ◆ MNI
- ◆ agranulocytose
- ◆ tularémie
- ◆ VIH

► **ANGINE VÉSICULEUSE :**

- ◆ herpangine : infection à coxsackie touchant l'enfant entre 1 et 7 ans par épidémie estivale, pouvant être parfois associée à une éruption au niveau des mains et des pieds (syndrome mains-pieds-bouche)
- ◆ angine de Duguet (typhoïde)
- ◆ gingivostomatite herpétique (primo-infection à *Herpes virus*)

Forme unilatérale (ulcéronécrotique)

► **Angine de Vincent :**

- ◆ association de deux bactéries : anaérobie (*Fusobacterium*) et tréponème, survenant sur un mauvais état dentaire chez le sujet jeune
- ◆ diagnostic par examen direct sur prélèvement local

► **Chancre syphilitique (MST).**

► **Hémopathie (leucémie aiguë).**

► **CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DE L'AMYGDALE (biopsie au moindre doute).**

Les examens complémentaires ne sont utiles que pour le diagnostic étiologique et la recherche de complications.

Diagnostic étiologique

- **Strepto-test :** test rapide de mise en évidence des antigènes de paroi du streptocoque sur un prélèvement de gorge.

- ▶ MNI test, TPHA-VDRL.
- ▶ NFS.
- ▶ Prélèvement bactériologique si angine ulcéronécrotique, pseudomembraneuse ou résistante au traitement.
- ▶ Prélèvement anatomopathologique.

Devant toute atteinte unilatérale, un avis ORL est nécessaire pour éliminer une lésion tumorale (\pm biopsie).

Prise en charge thérapeutique

- ▶ Traitement symptomatique, le plus souvent ambulatoire : repos, antalgique, antipyrétique.
- ▶ Traitement étiologique :
 - ◆ si strepto-test + ou argument clinique évoquant une atteinte bactérienne : antibiothérapie *per os* pendant 7 jours (amoxicilline)
 - ◆ si suspicion de MNI : pas d'aminopénicilline
 - ◆ si aphagie : hospitalisation pour rééquilibration hydroélectrolytique et traitement IV
- ▶ Toujours recherche de complications.

Complications

Locales

- ▶ PHLEGMON PÉRI-AMYGDALIEN +++ :
 - ◆ aggravation clinique avec douleur accrue, aphagie, fièvre élevée, trismus
 - ◆ examen endobuccal : latéralisation des signes avec œdème et voussure d'un pilier antérieur, ASYMÉTRIQUE
 - ◆ traitement : hospitalisation en urgence pour bi-antibiothérapie IV, antalgique, ponction évacuatrice souvent nécessaire
- ▶ Adénophlegmon cervical.
- ▶ Syndrome de Lemierre (thrombophlébite jugulaire avec risque d'embolies septiques).
- ▶ Surinfection : otite, bronchite, laryngite.
- ▶ Récidive.

Générales


- ▶ Poststreptococcique, en l'absence de traitement : maladie inflammatoire auto-immune (rhumatisme articulaire aigu). Elle peut toucher :
 - ◆ les articulations
 - ◆ le cœur (gravité ++)

- ◆ le rein (glomérulonéphrite aiguë)
- ◆ la peau (érythème noueux)
- ◆ le système nerveux central (chorée)
- ▶ Liée à la sécrétion d'une toxine : choc toxique.
- ▶ Liée à l'étiologie.



Le mot du conférencier

Les principales causes d'angines bilatérales à retenir sont :

- les virus typiques des rhinopharyngites : traitement purement symptomatique;
- la mononucléose infectieuse : SI SUSPICION DE MNI, CONTRE-INDICATION À LA PÉNICILLINE , prescrire un macrolide (pyostacine);
- bactériennes : antibiothérapie pendant 8 jours.

La principale indication d'hospitalisation est l'aphagie totale : traitement et rééquilibration hydroélectrolytique parentérale.

Il faut penser au phlegmon rétrostylien devant l'apparition d'un torticolis fébrile avec aggravation des signes généraux sans trismus.

Les indications d'amygdalectomie bilatérale à distance de l'épisode aigu sont :

- dès le premier épisode de phlegmon, si complication, sinon au 2^e épisode;
- autres : angine à répétition (> 5/2 ans ou > 3/an), hypertrophie amygdalienne obstructive (syndrome d'apnée du sommeil diagnostiqué par un enregistrement).

ITEM 90

Infections nasosinusiennes de l'enfant et de l'adulte

Objectifs : Diagnostiquer une rhinosinusite aiguë.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Infections nasosinusiennes de l'enfant

Définitions

Rhinopharyngite

- ▶ Maladie d'adaptation immunitaire secondaire au contact des germes de l'environnement.
- ▶ Transmission par voie aérienne ++ et manuportée.
- ▶ Nécessaire et obligatoire.
- ▶ Entraîne une inflammation de la muqueuse nasale et une hypertrophie adénoïdienne.

Sinusite de l'enfant

- ▶ Complication fréquente des rhinopharyngites.
- ▶ Sinus ethmoïdal = seul sinus complètement développé à la naissance : ethmoïdite aiguë (entre 6 mois et 5 ans).
- ▶ Sinus maxillaire développé vers 6 ans, sinus frontaux vers 8-10 ans, puis sphénoïdaux vers 15 ans.

Rhinopharyngite

Diagnostic positif clinique

- ▶ Rhinorrhée mucopurulente bilatérale, antérieure et postérieure.
- ▶ Obstruction nasale bilatérale.
- ▶ Fièvre.
- ▶ Polyadénopathies cervicales réactionnelles, sensibles.
- ▶ Érythème pharyngé.

Diagnostic étiologique

- ▶ Virale +++ : adénovirus, myxovirus, entérovirus.
- ▶ Bactérienne : streptocoque, *Haemophilus*, pneumocoque.

Évolution

- ▶ Le plus souvent guérison spontanée en 5–6 jours : traitement symptomatique.
- ▶ Récidive = recherche et correction de facteurs favorisants :
 - ◆ carence martiale
 - ◆ RGO
 - ◆ terrain atopique
 - ◆ hypertrophie adénoïdienne
 - ◆ autres (immunodépression, mucoviscidose, maladie des cils, environnement tabac)
- ▶ Complications :
 - ◆ otite moyenne aiguë, séromuqueuse
 - ◆ respiratoire : laryngite, apnées du sommeil, mort subite, bronchite, épiglottite
 - ◆ ganglionnaire : adénophlegmon
 - ◆ nasosinusiennes : ETHMOÏDITE AIGUË ++

Traitement

- ▶ Symptomatique pour une rhinopharyngite simple :
 - ◆ antipyrétique (paracétamol : 60 mg/kg/j en 4 prises)
 - ◆ désinfection rhinopharyngée au sérum physiologique (mouchage ++)
 - ◆ vasoconstricteur local (réservé à l'adulte)
- ▶ Traitement des facteurs favorisants.
- ▶ Traitement des complications.

Ethmoïdite aiguë

Il s'agit d'une URGENCE THÉRAPEUTIQUE.

Diagnostic positif

- ▶ Clinique :
 - ◆ œdème du canthus interne s'étendant à la paupière supérieure (fig. 5) puis inférieure
 - ◆ rhinorrhée purulente HOMOLATÉRALE
 - ◆ AEG avec fièvre élevée
- ▶ Examens complémentaires :
 - ◆ scanner des sinus en urgence pour confirmer le diagnostic (comblement des cellules ethmoïdales) et rechercher des complications (cellulite orbitaire, abcès sous-périosté, abcès orbitaire intraconique) (fig. 6)
 - ◆ bilan biologique infectieux (NFS, CRP) et préopératoire
 - ◆ prélèvements bactériologiques (locaux, hémocultures, PL) : *Haemophilus*, staphylocoques ++

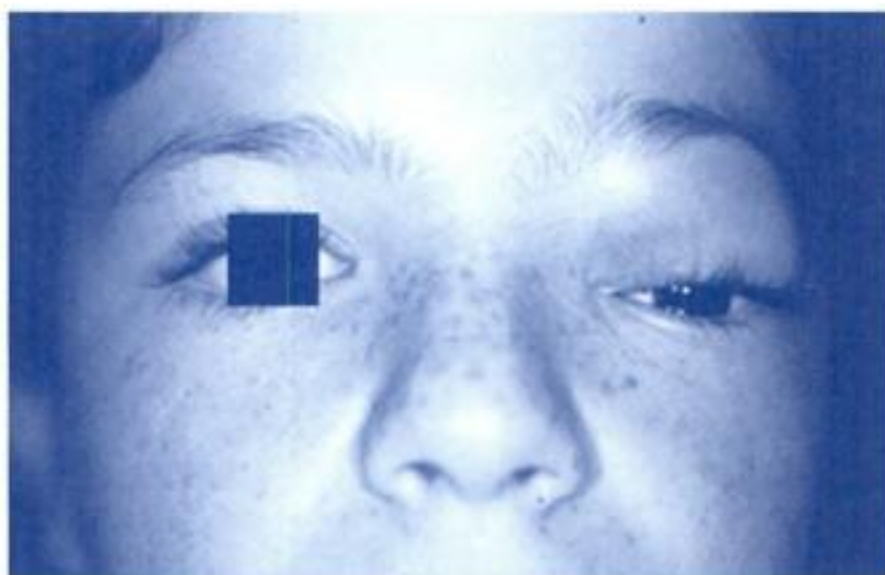


Figure 5 : Œdème palpébral supérieur gauche.



Figure 6 : TDM des sinus en coupe sagittale : opacité ethmoïdale antérieure, infiltration sous-périostée droite, légère exophtalmie droite.

Diagnostic différentiel

- ▶ Conjonctivite.
- ▶ Dacryocystite : infection des voies lacrymales.
- ▶ Ostéomyélite aiguë du maxillaire.
- ▶ Staphylococcie maligne de la face.
- ▶ Corps étranger intranasal.

Traitement

- ▶ Hospitalisation en urgence.
- ▶ Antibiothérapie IV triple, après prélèvements bactériologiques, anti-*Haemophilus* et staphylocoque, secondairement adaptée à l'antibiogramme.
- ▶ Antalgique.

- ▶ DRP.
- ▶ Surveillance et traitement des complications (examen ophtalmologique et neurologique).


Complications

- ▶ Ophtalmologique = cellulite orbitaire, abcès péri-orbitaire :
 - ◆ URGENCE THÉRAPEUTIQUE : scanner puis drainage chirurgical si collection
 - ◆ rechercher immobilité du globe, paralysie oculomotrice
 - ◆ BAV
 - ◆ mydriase paralytique
 - ◆ anesthésie cornéenne
- ▶ Neurologique :
 - ◆ thrombophlébite du sinus caverneux
 - ◆ méningite
 - ◆ empyème, abcès cérébral
- ▶ Générale : septicémie.

Infections nasosinusiennes de l'adulte

Sinusites aiguës

Diagnostic positif

Le diagnostic positif d'une sinusite maxillaire ou frontale est purement clinique , sauf pour l'ethmoïdite et la sphénoïdite, où une confirmation par scanner est nécessaire.

- ▶ Symptômes communs quelle que soit la localisation :
 - ◆ fièvre
 - ◆ douleur, céphalée positionnelle (augmentation en position déclive)
 - ◆ rhinorrhée purulente uni ou bilatérale
 - ◆ rhinoscopie : pus au niveau de l'ostium concerné (méat moyen pour sinus maxillaire)
- ▶ En fonction de la localisation :
 - ◆ sinusite maxillaire : douleur sous-orbitaire, pus au niveau du méat moyen
 - ◆ sinusite frontale : douleur sus-orbitaire pulsatile, céphalées rebelles
 - ◆ sinusite sphénoïdale : céphalée atypique postérieure, irradiant au vertex, persistante et fébrile
 - ◆ sinusite ethmoïdale (exceptionnelle chez l'adulte)

Diagnostic étiologique

Sinusite maxillaire	Sinusite ethmoïdale	Sinusite frontale	Sinusite sphénoïdale
<ul style="list-style-type: none"> • Origine dentaire <ul style="list-style-type: none"> – unilatérale – infection dentaire (germes anaérobies) – panoramique dentaire à la recherche d'une porte d'entrée : penser à la greffe aspergillaire sur corps étranger (pâte dentaire) • Origine nasale <ul style="list-style-type: none"> – souvent bilatérale – suite à une infection virale (surinfection par <i>Haemophilus</i>, pneumocoque, <i>Moraxella</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chez l'enfant (voir « Ethmoïdite aiguë ») 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte ethmoïdomaxillaire associée • Complications neuroméningées 	<ul style="list-style-type: none"> • Rare, adulte > 15 ans • Pas de manifestation nasale • TDM indispensable • Complications endocrâniennes et ophtalmiques ++ à rechercher systématiquement

Indications des examens complémentaires

- ▶ TDM DU MASSIF FACIAL :
 - ◆ forme clinique : ethmoïdite, sinusite sphénoïdale
 - ◆ complications
 - ◆ doute diagnostique, chronicité
- ▶ RADIOGRAPHIE DES SINUS : type blondeau, n'est plus réalisée en pratique
- ▶ PRÉLÈVEMENTS BACTÉRIENS PAR PONCTION DE SINUS :
 - ◆ récidives
 - ◆ résistance au traitement
 - ◆ immunodépression
- ▶ PANORAMIQUE DENTAIRE/DENTASCAN : recherche de cause dentaire.

Complications

Locales	Régionales
<ul style="list-style-type: none"> • Sinusite maxillaire bloquée • Récidives • Sinusite chronique • Cellulite orbitaire (ethmoïdite) • Pansinusite 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteintes neuroméningées • Abscès cérébral • Extension au sinus caverneux avec risque de thrombophlébite et d'atteintes des muscles oculomoteurs (sphénoïdite)

Traitement

- ▶ Traitement ambulatoire :
 - ◆ vasoconstricteur local
 - ◆ antibiotique, corticoïde, antalgique
- ▶ Traitement de porte d'entrée.
- ▶ Contrôle à J10. En l'absence d'amélioration clinique, recherche de complications :
 - ◆ cellulite orbitaire (en cas d'ethmoïdite)
 - ◆ ostéomyélite
 - ◆ neurologique infectieuse (méningite, abcès, THROMBOPHLÉBITE CÉRÉBRALE SI ORIGINE SPHÉNOÏDALE)
 - ◆ pansinusite
 - ◆ persistance pendant plus de 3 semaines : sinusite chronique

Sinusites chroniques

Diagnostic positif

- ▶ Clinique :
 - ◆ absence de douleur et fièvre (en dehors des poussées de réchauffement)
 - ◆ persistance d'un écoulement antérieur et postérieur mucopurulent
 - ◆ obstruction nasale intermittente
 - ◆ rhinoscopie : inflammation muqueuse nasale, méat moyen, sécrétions mucopurulentes abondantes
- ▶ Imagerie indispensable = scanner des sinus en coupes axiale et coronale : recherche d'un épaissement des parois osseuses sinusiennes, signe de chronicité.

Examens complémentaires

- ▶ Obligatoirement : TDM des sinus à visée diagnostique et étiologique.
- ▶ En fonction du contexte :
 - ◆ panoramique dentaire
 - ◆ IRM
 - ◆ prélèvements bactériologiques

Diagnostic étiologique

Forme unilatérale	Forme bilatérale
<p>Sinusite infectieuse sur malformation anatomique Déviation de cloison</p> <p>Sinusite mycotique aspergillaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Truffe aspergillaire greffée sur corps étranger intrasinusien (pâte dentaire) • Imagerie : image radio-opaque en grelot (<i>fig. 7</i>) • Traitement chirurgical • Sinus maxillaire ++, mais peut aussi se voir dans le sphénoïde <p>Aspergillose invasive et mucormycose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinusite invasive grave, mortalité > 50 % • Chez immunodéprimé, diabétique • Forme rhinocérébrale fulgurante, à différencier d'une ostéomyélite de la base torpide 	<p>Tumeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papillome inversé : tumeur bénigne d'origine épithéliale, risque de dégénérescence +++ • Adénocarcinome ethmoïde (chez travailleur du bois, maladie professionnelle) • Lymphome (« granulome centrofacial », lytique) • Signes TDM en faveur de malignité (<i>fig. 8</i>) : – lyse et destruction osseuse – évolution rapide • Intérêt de l'IRM (<i>fig. 9</i>) : – évaluer l'extension de la tumeur aux tissus mous adjacents – différencier la masse tumorale des opacités liquidiennes réactionnelles (hypersignal en T2) <p>Polypose nasosinusienne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquente ++ • Terrain : – atopique – syndrome de Widal (asthme, intolérance à l'aspirine) – mucoviscidose, DDB • Traitement médical en 1^{re} intention • Indication d'exérèse chirurgicale des polypes (<i>fig. 10</i>) seulement en cas d'échec du traitement médical bien conduit

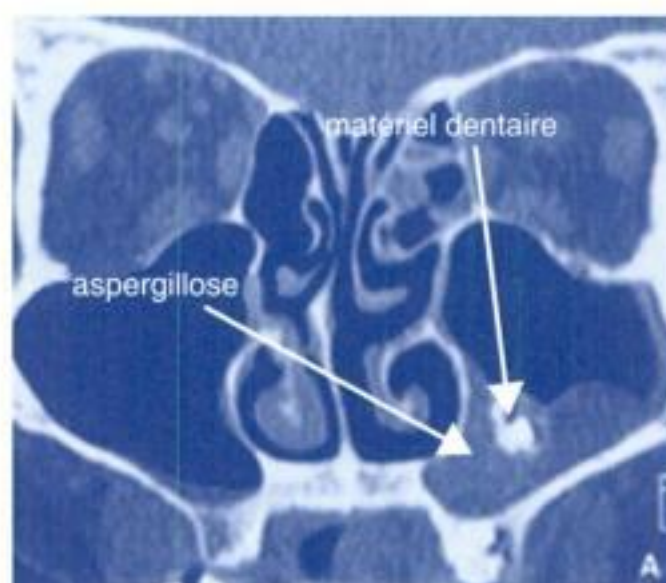


Figure 7 : TDM des sinus en coupe coronale : balle fongique sur pâte dentaire maxillaire gauche.

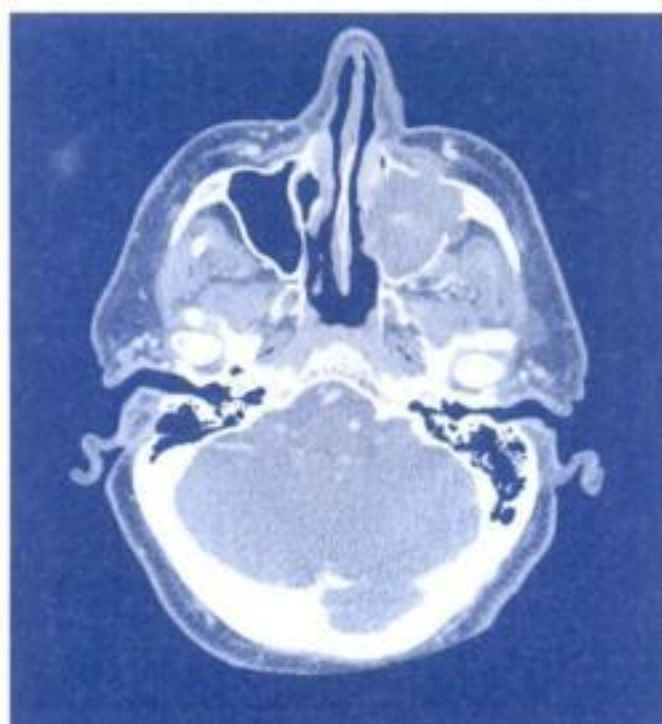


Figure 8 : TDM coupe axiale montrant une lyse osseuse de la paroi inter-sinuso-nasale gauche.

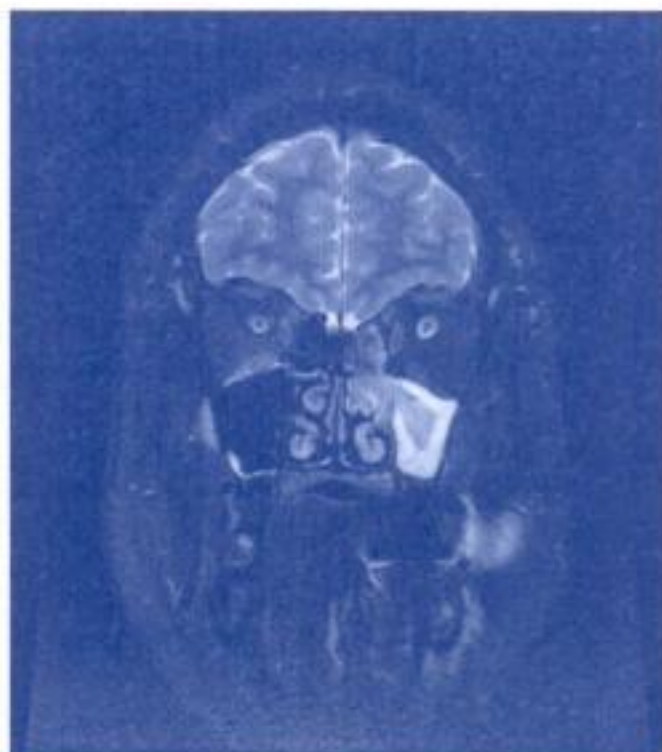


Figure 9 : IRM coupe coronale en T2 montrant la rétention liquidienne dans le sinus max gauche.

Traitement

- ▶ Éradication des facteurs favorisants.
- ▶ Traitement symptomatique.
- ▶ Ponction et drainage chirurgical (méatotomie moyenne sous AG) si :

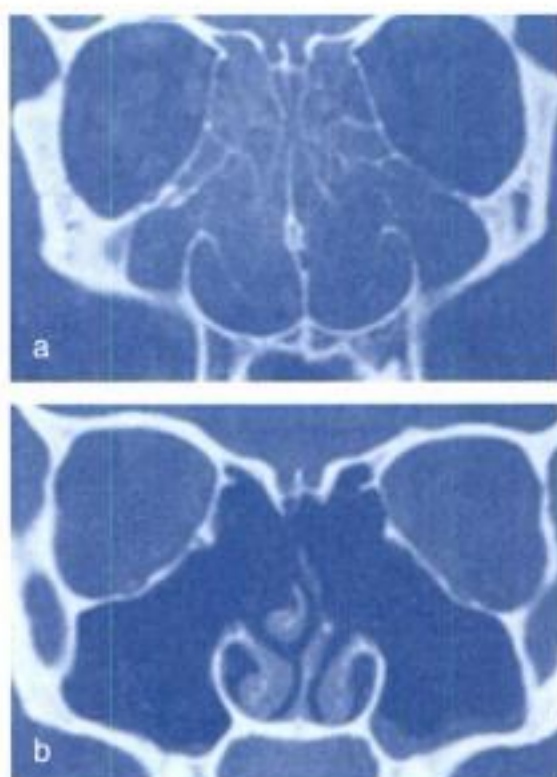


Figure 10 : a et b. Polypose nasosinusienne avant et après chirurgie endonasale.

- ◆ échec après traitement médical bien conduit
- ◆ sinusite bloquée, hyperalgique
- ◆ terrain débilisé pour diagnostic bactériologique
- ◆ corps étranger, truffe aspergillaire
- ◆ complication infectieuse majeure



Le mot du conférencier

Devant des symptômes unilatéraux chez l'enfant, il faut toujours penser à l'infection sur corps étranger.

Chez un patient intubé-ventilé présentant une fièvre sans point d'appel retrouvé, il faut toujours penser à la sinusite maxillaire bloquée. Si la sinusite maxillaire est confirmée par l'imagerie, indication alors d'une ponction-drainage de sinus.

Devant une sinusite maxillaire unilatérale, il faut toujours rechercher un foyer infectieux dentaire à l'examen.

Devant une sinusite simple (maxillaire, frontale), jamais d'examen complémentaire : le diagnostic est clinique **▲**.

Indication d'imagerie si récurrence, complication, suspicion d'origine dentaire à l'examen.

ITEM 98

Otalgies et otites chez l'enfant et l'adulte

Objectifs : Expliquer les principales causes d'otalgie chez l'adulte et l'enfant.
 Diagnostiquer une otite moyenne aiguë, une otite externe, une otite séromuqueuse.
 Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Étiologie des otalgies

Otalgies primitives	Otalgies réflexes
Oreille externe <ul style="list-style-type: none"> • Pavillon : <ul style="list-style-type: none"> – chondrite – tumeur – othématome – zona • Conduit auditif externe : <ul style="list-style-type: none"> – BDC/corps étranger – otite externe – mycose, eczéma – tumeur – traumatisme Oreille moyenne <ul style="list-style-type: none"> • Tympan pathologique : <ul style="list-style-type: none"> – otite moyenne aiguë – otite chronique en poussée – mastoïdite • Tympan normal : <ul style="list-style-type: none"> – tumeur – trauma : barotraumatisme, blast 	Pathologie pharyngée <ul style="list-style-type: none"> • Cancer des VADS • Infection (pharyngite, angine) Lésions stomatologiques <ul style="list-style-type: none"> • Foyer infectieux dentaire (carie, péri coronarite) • Cancer de la cavité buccale Dysfonctionnement des ATM SADAM Autres <ul style="list-style-type: none"> • Migraines • Névralgies des V, IX • Stylalgie • Algie vasculaire de la face

Otite externe

Otite externe aiguë simple

- ▶ Otalgie intense ++, augmentée à la mobilisation du pavillon et du tragus.
- ▶ Hypoacousie modérée.

- ▶ Recherche de facteurs favorisants : piscine, lésion du CAE, utilisation de Coton-Tige ou objets divers (capuchon de stylo...).
- ▶ Examen :
 - ◆ sténose inflammatoire du CAE
 - ◆ otorrhée purulente
 - ◆ adénopathie sous-digastrique
 - ◆ otoscopie : tympan normal mais souvent difficile à voir
- ▶ Traitement local :
 - ◆ goutte auriculaire antibiotique souvent sur un « pop-oto-wick » (pansement type « éponge » permettant le calibrage du conduit et la bonne diffusion de l'antibiothérapie locale)
 - ◆ antalgiques de classe 2 souvent nécessaires devant l'intensité des douleurs

Otite externe aiguë maligne

- ▶ URGENCE THÉRAPEUTIQUE (RISQUE VITAL).
- ▶ Otite externe traînante sur terrain débilisé : diabète, immunodépression.
- ▶ Pronostic très mauvais car associée à une ostéite du rocher avec risque de complications neurologiques (méningite, thrombophlébite, atteinte paires crâniennes : PARALYSIE FACIALE ++).
- ▶ Germe : pyocyanique.
- ▶ Hospitalisation en urgence :
 - ◆ prélèvements bactériologiques (otorrhée, hémocultures)
 - ◆ bilan biologique (NFS, CRP, ionogramme)
 - ◆ scanner des rochers
 - ◆ antibiothérapie précoce double en IV (C3G + aminoside) et prolongée, secondairement adaptée à l'antibiogramme
 - ◆ traitement des facteurs favorisants : correction de l'hyperglycémie ++

Otite moyenne aiguë

Définition

- ▶ Inflammation aiguë de la caisse du tympan, avec ou sans suppuration, au décours d'une agression microbienne ou virale rhinopharyngée.
- ▶ Enfant entre 1 et 6 ans.
- ▶ 3 stades : congestif, collecté, perforé.

Germes habituels

- ▶ Nourrisson avant 3 mois : *Staphylococcus aureus* ++, BGN (pyocyanique).
- ▶ Enfant :

- ◆ *Haemophilus influenzae* : 40 % des cas (conjonctivite associée)
- ◆ *Streptococcus pneumoniae* :
 - 30 % des cas, dont 50 % de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP)
 - FACTEURS DE RISQUE DE PSDP : ÂGE < 18 MOIS, VIE EN COLLECTIVITÉ (CRÈCHE), OTITE OU ANTIBIOTIQUE RÉCENTS (< 3 MOIS)
- ◆ autres : *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, pyocyanique

Diagnostic positif : uniquement clinique

- ▶ Signes généraux : fièvre à 38–40 °C, asthénie, enfant grognon, trouble digestif, insomnie.
- ▶ Signes locaux : otalgie, hypoacousie, rhinopharyngite.
- ▶ Otoscopie BILATÉRALE.

Forme congestive	Forme collectée	Forme perforée
<ul style="list-style-type: none"> • Tympan mat, disparition du triangle lumineux • Rouge, hypervascularisé au niveau du marteau 	<ul style="list-style-type: none"> • Tympan bombant, blanc-jaune • Disparition des reliefs ossiculaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorrhée • Perforation inférieure • Diminution de la douleur et de la fièvre

Traitement

- ▶ Antibiothérapie :
 - ◆ amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin®) ou C3G, pendant 10 jours (80 mg/kg/j)
 - ◆ si facteur de risque de PSDP : Clamoxyl® (150 mg/kg/j)
 - ◆ si stade perforé : goutte antibiotique auriculaire
- ▶ Antalgique/antipyrétique.
- ▶ Désobstruction rhinopharyngée +++.
- ▶ Paracentèse à but antalgique, thérapeutique, bactériologique, indiquée en cas de :
 - ◆ otite collectée mal tolérée
 - ◆ âge < 3 mois ++++
 - ◆ diagnostic bactériologique (otite résistante, terrain d'immunodépression)

Évolution

- ▶ Guérison : apyrexie vers J3.
- ▶ Réévaluation clinique vers J10.
- ▶ Perforation tympanique résiduelle : traitement chirurgical (tympanoplastie) si persistance (plus de 3 mois) à distance de tout épisode aigu.
- ▶ Otite récidivante = otite chronique (séromuqueuse, cholestéatome).
- ▶ Complications = en urgence :
 - ◆ prélèvement bactériologique + antibiothérapie double IV
 - ◆ scanner du rocher et cérébral

Mastoïdite	Paralysie faciale	Labyrinthite	Méningite	Thrombophlébite du sinus latéral
<ul style="list-style-type: none"> • Rougeur douloureuse rétroauriculaire • Effacement du sillon rétroauriculaire • Signe du pie de vache 	<ul style="list-style-type: none"> • Périphérique • Régression habituelle sous corticoïdes 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome vestibulaire périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome méningé 	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée • Œdème de l'hémiface

Otite chronique

	Otite séromuqueuse	Otite cholestéatomateuse
Otoscopie	<ul style="list-style-type: none"> • Otite chronique à tympan fermé • Tympan épaissi, dépoli • Épanchement rétrotympanique 	<ul style="list-style-type: none"> • Otorrhée chronique purulente • Stade 1 : poche de rétraction, non fixée et contrôlable • Stade 2 : poche fixée et contrôlable • Stade 3 : poche fixée et non contrôlable • Cholestéatome : prolifération épidermique à malignité locale
Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Audiogramme : surdité de transmission • Tympanométrie : courbe plate 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiogramme : <ul style="list-style-type: none"> – surdité de transmission – mixte si labyrinthisation • TDM des rochers : extension, récurrence
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Régression spontanée (le plus souvent) • Traitement médical (antibiotique + corticoïde) • Adénoïdectomie + aérateur transtympanique si : <ul style="list-style-type: none"> – perte > 25 dB – symptômes > 2 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement chirurgical, en urgence si complications : <ul style="list-style-type: none"> – risque d'extension neuroméningée (PF, ostéite, fistule labyrinthique, lyse de la base du crâne) – exérèse chirurgicale puis second look à un an pour éliminer un résiduel cholestéatomateux



Le mot du conférencier

Devant une OSM unilatérale chez l'adulte, il faut toujours éliminer une tumeur du cavum.

Le traitement d'une OSM repose sur :

- en 1^{re} intention : abstention ;
- en 2^e intention : corticoïdes PO ;
- en 3^e intention : adénoïdectomie \pm aérateur transtympanique.

Une paracentèse sera réalisée uniquement en cas de tympan BOMBÉ ⚠.

L'atteinte de l'oreille interne est indolore.

Il faut toujours préférer les gouttes antibiotiques non ototoxiques : OTIPAX®, OFLOCET®.

ITEM 145

Tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures

Objectif : Diagnostiquer une tumeur de la cavité buccale et une tumeur des voies aérodigestives supérieures.

Terrain et facteurs de risque

- ▶ Prédominance masculine, qui tend à diminuer, entre 45 et 60 ans.
- ▶ Intoxication alcoolotabagique (effets synergiques).
- ▶ 6 % de l'ensemble des cancers.
- ▶ À part :
 - ◆ cancer des sinus (adénocarcinome de l'ethmoïde)
 - ◆ cancer du rhinopharynx (UCNT du cavum ++, autre : lymphome, sarcome, carcinome salivaire)

Caractéristiques tumorales

- ◆ Carcinome épidermoïde différencié.
- ◆ Lésion précancéreuse : dyskératose (surtout pour les cancers de l'oropharynx).
- ◆ Lymphophilie +++, mis à part les cancers glottiques purs.
- ◆ Risque métastase ++ (poumon, foie, os).
- ◆ 2^e localisation fréquente : cancer métachrone (10–20 %).

Diagnostic clinique (fonction de la localisation)

Cancer du larynx	Cancer de l'hypopharynx	Cancer de l'oropharynx	Cancer de la cavité buccale
<ul style="list-style-type: none"> • Dysphonie ++ • Lésion glottique dans 47 % des cas • Lésion sus-glottique dans 47 % des cas (épiglottite) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gêne pharyngée unilatérale • Dysphagie • Lésion du sinus piriforme (90 % des cas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur pharyngée unilatérale • Otalgie unilatérale • Lésion de l'amygdale • Lésion du voile du palais • Lésion de la base de la langue (limitation de la protraction linguale) 	<ul style="list-style-type: none"> • Odynophagie • Algie buccale • Gêne à l'élocution • Trismus • Lésion de la langue mobile, du plancher buccal, du palais dur • Lésions précancéreuses : lichen plan, érosif, leucoplasie

Bilan d'extension

Extension locorégionale		Extension à distance
Clinique	Paraclinique	
<ul style="list-style-type: none"> • Inspection, palpation de la cavité buccale • Laryngoscopie indirecte ou nasofibroscopie : mobilité CV, lésion ulcérobourgeonnante, indurée, saignant au contact • Recherche d'adénopathie cervicale • TOUJOURS recherche d'une 2^e localisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic définitif par examen histologique : <ul style="list-style-type: none"> – soit biopsie en consultation si accessible – soit biopsie sous AG • Panendoscopie des VADS sous AG (avec œsophagoscopie et bronchoscopie) : schéma daté et signé • TDM cervicofaciale pour confirmer la localisation, rechercher des adénopathies cervicales infracliniques • IRM indiquée dans les lésions de la langue et de la cavité buccale (extension aux parties molles) 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie de thorax • Échographie hépatique et bilan hépatique • En pratique : <ul style="list-style-type: none"> – TDM cervicothoracique avec injection – PET-scan +++

Classification TNM à connaître.

Bilan préthérapeutique

État général	Préchimiothérapie	Préradiothérapie
<ul style="list-style-type: none"> • Indice de Karnovsky • Bilan préopératoire 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG, échographie cardiaque (5-FU) • Fonction rénale 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation stomatologique : recherche et éradication de foyers infectieux dentaires (panoramique) • Confection de gouttière fluorée

Principes thérapeutiques

Prévention	Traitement curatif	Traitement palliatif
Primaire <ul style="list-style-type: none"> • Lutte anti-tabac/alcool • Surveillance sujets à risque (lésions précancéreuses ++) Secondaire <ul style="list-style-type: none"> • ARRÊT tabac/alcool • Traitement (exérèse) des lésions précancéreuses 	Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> • Exérèse tumorale : <ul style="list-style-type: none"> – T1, T2 : chirurgie partielle – T3, T4 : chirurgie radicale • Évidement ganglionnaire cervical uni ou bilatéral, indiqué pour toutes les localisations (sauf cancer glottique pur) Radiothérapie adjuvante (aire ganglionnaire/lit tumoral si L+) ou radiothérapie exclusive pour certaines localisations (T1 amygdales, voile du palais) Chimiothérapie adjuvante ou néoadjuvante (protocole de conservation d'organe)	<ul style="list-style-type: none"> • Radiothérapie • Chimiothérapie

Surveillance

Elle sera RÉGULIÈRE et À VIE.

Clinique

- ▶ Tous les 3 mois pendant 2 ans.
- ▶ Tous les 6 mois pendant 5 ans.
- ▶ Puis tous les ans.

Paraclinique : annuelle

- ▶ Panendoscopie.
- ▶ TDM cervicofaciale.
- ▶ Radio de thorax, bilan hépatique.

Buts

- ▶ Dépister récurrence, autre localisation, métastase.
- ▶ Rechercher des complications au traitement.
- ▶ S'assurer du contrôle des facteurs de risque.

Complications du traitement

Chirurgie	Radiothérapie	Chimiothérapie
<ul style="list-style-type: none"> • Immédiate : <ul style="list-style-type: none"> – infection, hématome – pharyngo/orostome – complication de décubitus – DELIRIUM TREMENS chez les patients éthyliques non sevrés avant la chirurgie • À distance : <ul style="list-style-type: none"> – séquelles fonctionnelles (trouble de déglutition, dysphonie, lésion nerveuse) – séquelles esthétiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Ostéoradionécrose mandibulaire : <ul style="list-style-type: none"> – douleur mandibulaire, trismus – ulcération endobuccale – ÉLIMINER RÉCIDIVE TUMORALE – antibiotique + curetage de lésion • Radiomucite • Hyposialorrhée • Hypothyroïdie • Sténose de la bouche œsophagienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiaque • Neurologique • Insuffisance rénale • Ototoxicité • Hématologique (aplasie)



Le mot du conférencier

Il faut connaître le traitement du cancer T1 de corde vocale : chirurgie ou laser par voie endoscopique sans curage associé.

Ne pas oublier les autres types histologiques de tumeur ORL : sarcome, lymphome, métastases.

Toute lésion endobuccale suspecte chez un patient alcoolotabagique est un cancer jusqu'à preuve du contraire : biopsie systématique.

UCNT du cavum

C'est une question à connaître, qui peut faire l'objet d'un cas clinique :

- tumeur maligne malpighienne, carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT);
- associée dans 100 % cas à l'EBV (endémique en Afrique et Asie);
- penser dans le bilan :
 - à l'audiogramme (souvent OSM révélatrice);
 - au bilan des paires crâniennes (extension à la base du crâne);
- traitement :
 - T1, T2 : radiothérapie tumeur + aire ganglionnaire;
 - T3 : radio + chimiothérapie concomitante;
 - T4, M + : chimiothérapie néoadjuvante.

Mémo pour les 12 paires de nerfs crâniens

Oh Oscar Ma Petite Théière Me Fait A Grand Peine Six Grogs :

- I : olfactif;
- II : optique;
- III : moteur oculaire commun;
- IV : pathétique (ou trochléaire);
- V : trijumeau;
- VI : moteur oculaire externe (ou *abducens*);
- VII : facial;
- VIII : auditif (cochléovestibulaire);
- IX : glossopharyngien;
- X : pneumogastrique (vague);
- XI : spinal;
- XII : grand hypoglosse.

Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant. Corps étranger des voies aériennes supérieures

Objectifs : Diagnostiquer une détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte.

Diagnostiquer un corps étranger des voies aériennes supérieures.

Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Rappel

- ▶ La dyspnée laryngée est la principale urgence en ORL pédiatrique.
- ▶ Le larynx est la partie la plus rétrécie de la filière respiratoire, situé entre l'os hyoïde et la trachée.
- ▶ Il est composé de 4 cartilages : thyroïde, épiglotte, cricoïde, les 2 aryténoïdes.
- ▶ Le larynx est l'organe de la phonation (cordes vocales en adduction), et participe également à la respiration (cordes vocales en abduction = ouvertes).
- ▶ L'inflammation du larynx entraîne :
 - ◆ des anomalies de la voix : raucité
 - ◆ une gêne respiratoire, essentiellement chez l'enfant = cornage (inspiration ralentie et bruyante)
- ▶ Chez l'enfant :
 - ◆ filière laryngée étroite et immature (ce qui explique la fréquence et la sévérité des laryngites et le risque de fausse route sur corps étranger)
 - ◆ évolution rapide de l'œdème
 - ◆ mauvaise tolérance de l'anoxie
 - ◆ risque d'aggravation et de décompensation brutale

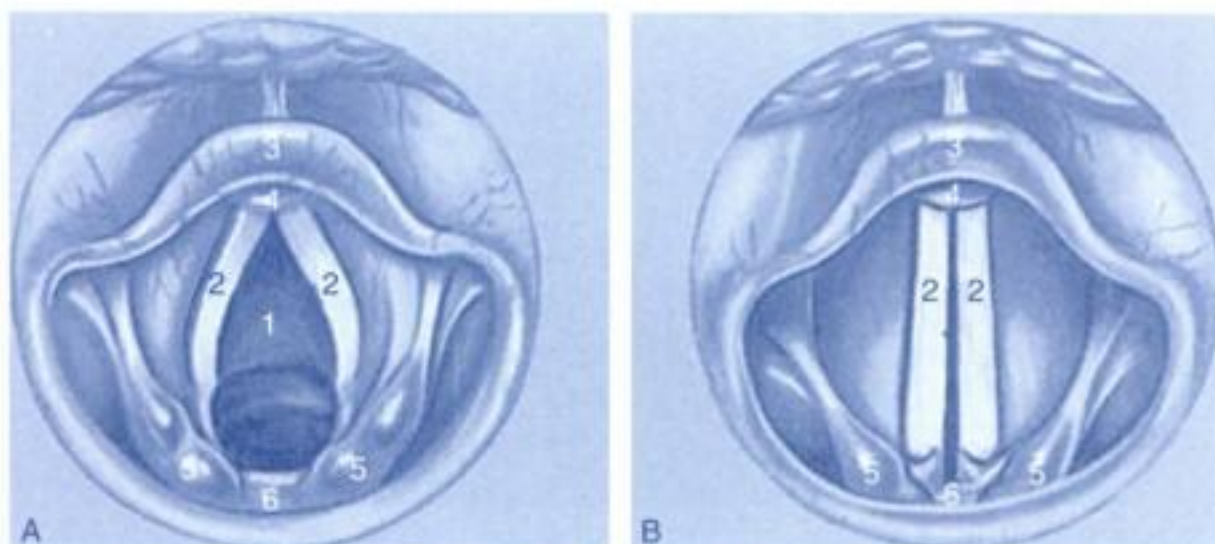


Figure 11 : Larynx, vue directe endoscopique, en inspiration (CV ouvertes) et en phonation (CV fermées). 1 : trachée. 2 : corde vocale. 3 : épiglottite. 4 : commissure antérieure. 5 : aryénoïde. 6 : commissure postérieure.

Diagnostic

Il est ESSENTIELLEMENT CLINIQUE.

Diagnostic positif	Diagnostic topographique	Diagnostic de gravité
<ul style="list-style-type: none"> • Dyspnée obstructive • Ventilation difficile avec mise en jeu des muscles respiratoires accessoires (tirage sus-sternal, sus-claviculaire) • Bradypnée 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstacle bronchique : <ul style="list-style-type: none"> – dyspnée expiratoire – asymétrie auscultatoire (sibilants) • Obstacle trachéal (contre-indication à la manœuvre d'Helmlich) : <ul style="list-style-type: none"> – dyspnée aux 2 temps (bruit de clapet) – toux aboyante – pas de modification de voix • Obstacle laryngé : <ul style="list-style-type: none"> – bradypnée inspiratoire – cornage, stridor – voix, toux rauque • Obstacle supralaryngé : <ul style="list-style-type: none"> – bradypnée inspiratoire – voix claire – trouble de déglutition (hypersialorrhée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Signe d'insuffisance respiratoire aiguë : <ul style="list-style-type: none"> – hypercapnie (sueur, hypotension, tachycardie) – hypoxie (cyanose, pâleur) • Contexte : <ul style="list-style-type: none"> – durée > 1 heure – âge faible • Signe d'extrême gravité : <ul style="list-style-type: none"> – pause respiratoire (<i>gasps</i>) – polypnée superficielle (disparition des signes de lutte) – collapsus – trouble de conscience

Conduite à tenir en urgence

- ▶ EN PRÉSENCE DE SIGNES DE GRAVITÉ :
 - ◆ APPEL SAMU
 - ◆ NE PAS EXAMINER, NE PAS ALLONGER
 - ◆ OXYGÉNOTHÉRAPIE AU MASQUE
 - ◆ INTUBATION VOIRE TRACHÉOTOMIE EN EXTRÊME URGENCE
- ▶ EN L'ABSENCE DE SIGNE DE GRAVITÉ :
 - ◆ aérosols de corticoïde + adrénaline
 - ◆ interrogatoire ++
 - ◆ examen clinique (NE PAS ALLONGER/PAS D'EXAMEN À L'ABAISSÉ-LANGUE) : auscultation pulmonaire
 - ◆ radiographie pulmonaire face + profil en inspiration et expiration forcée

Diagnostic étiologique

Nouveau-né

- ▶ Laryngomalacie ++.
- ▶ Malformation congénitale (sténose, kyste).
- ▶ Paralysie laryngée (trauma obstétrical/atteinte centrale).

Nourrisson

Angiome sous-glottique ++ (1^{re} cause de dyspnée chez le nourrisson < 6 mois).

Enfant de plus de 6 mois

Trois causes sont plus fréquentes.

	Laryngite sous glottique	Laryngite sus-glottique (épiglottite)	Corps étranger laryngé
Étiologie	Origine virale	Bactérienne (<i>Haemophilus influenzae</i> de type b)	CE alimentaire dans 90 % des cas
Terrain	<ul style="list-style-type: none"> • Âge = 18 mois • Contexte de rhinopharyngite 	Âge = 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Âge entre 3 et 5 ans • garçon ++

Clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Début progressif • Toux rauque, aboyante, voix claire • Fièvre < 39 °C 	<ul style="list-style-type: none"> • Début brutal • Toux claire, voix étouffée • Fièvre élevée > 39 °C • Dysphagie, hypersialorrhée • Attitude caractéristique : penché en avant, bouche ouverte, refus de décubitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Début brutal : syndrome de pénétration bronchique +++ (accès de toux/suffocation, cyanose) • Apyrétique (sauf si découverte tardive : infection bronchopulmonaire) • Localisation selon clinique
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoïde d'action rapide PO ++ et en aérosols • Antibiotique large spectre 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation en urgence • Assurer perméabilité VAS : intubation ou trachéotomie • Prélèvement bactériologique (hémoculture, NFS, CRP) • Antibiothérapie IV : C3G • Corticoïde IV • Évolution favorable : extubation J3 • Prise en charge de l'entourage (enfant contact < 4 ans) : rifampicine 	<ul style="list-style-type: none"> • Radio thorax en inspiration et expiration forcée : <ul style="list-style-type: none"> – CE si radio-opaque – signes indirects : asymétrie, atélectasie, pneumothorax • Endoscopie sous AG en urgence : intérêt diagnostique et thérapeutique



Le mot du conférencier

Cette question est importante à connaître en particulier : savoir évaluer le degré d'urgence clinique, la conduite à tenir devant une détresse respiratoire et surtout les gestes à ne pas faire pouvant entraîner une décompensation aiguë (examen à l'abaisse-langue, mettre en position allongée= 0).

Évaluation de la gravité et recherche des complications précoces : chez un traumatisé cranio-facial

Objectif : Identifier les situations d'urgence.

Tout traumatisé cranio-facial est un polytraumatisé potentiel.

Toujours rechercher

- ▶ DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGÜE :
 - ◆ principale cause de mortalité du traumatisé facial
 - ◆ Assurer la liberté des VAS :
 - fils tracteurs + canule de Guédel si glossoptose
 - intubation ou trachéotomie en urgence si inhalation/obstruction haute
- ▶ DÉFAILLANCE CARDIOVASCULAIRE (choc hémorragique, hypovolémique) :
 - ◆ oxygénothérapie
 - ◆ remplissage, contrôle d'une hémorragie, correction d'une spoliation sanguine
- ▶ LÉSION NEUROCHIRURGICALE (hématome extradural, hémorragie intracrânienne) :
 - ◆ examen neurologique de base (motricité, sensibilité, paires crâniennes, signe d'HTIC, réflexe photomoteur)
 - ◆ transfert en urgence en milieu neurochirurgical
- ▶ URGENCE ORTHOPÉDIQUE : fracture instable du rachis, fracture ouverte de membre.
- ▶ URGENCE VISCÉRALE.

Examen clinique maxillofacial

Interrogatoire

- ▶ Circonstance, mécanisme du trauma.
- ▶ Perte de connaissance.

- ▶ Statut vaccinal antitétanique +++.
- ▶ Antécédents médicochirurgicaux.

	Examen exobuccal	Examen endobuccal
Inspection	<ul style="list-style-type: none"> • Nez : <ul style="list-style-type: none"> – déviation, plaie, épistaxis – signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> - hématome de cloison - rhinorrhée claire (brèche ostéoméningée, à savoir rechercher au TDM sur l'étage antérieur de la base du crâne mais aussi sur le rocher : écoulement nasal via la trompe d'Eustache) • Oreille : <ul style="list-style-type: none"> – plaie pavillon – otorragie, otoliquorrhée : penser à la fracture du rocher (<i>fig. 12</i>) • Asymétrie faciale, trismus, hématome (fracture du massif facial). Signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> – rhinorrhée – télécanthus (disjonction craniofaciale Lefort II, III) • Plaie de la face. Signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> – section du Sténon – paralysie faciale périphérique • Examen ophtalmologique (diplopie, hématome, acuité visuelle). Signes de gravité : <ul style="list-style-type: none"> – plaie du globe – rupture de l'iris – abolition RPM 	<ul style="list-style-type: none"> • État dentaire : <ul style="list-style-type: none"> – luxation partielle/complète – fracture dentaire • Plaie, œdème, hématome • Trouble de l'articulé : contact molaire prématuré, déviation point interincisif, diastème interdentaire (fracture mandibulaire)
Palpation	<ul style="list-style-type: none"> • Contours osseux • Sensibilité territoires V1, V2, V3 • Emphysème sous-cutané 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilité malaire, mandibule, maxillaire • Mobilité et douleur dentaire

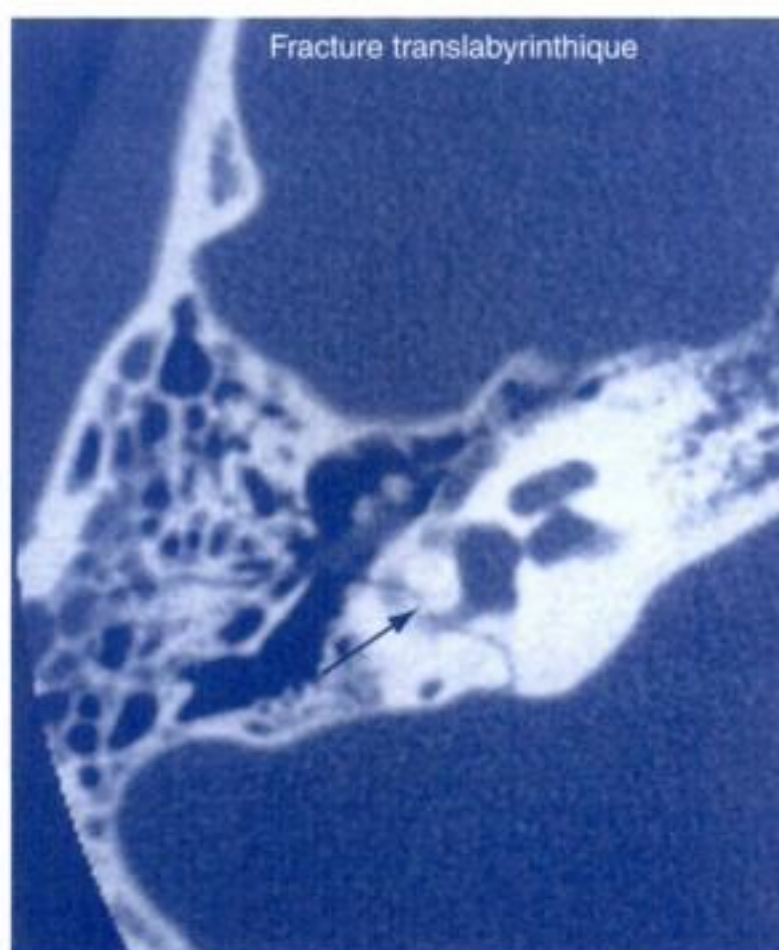


Figure 12 : TDM du rocher droit en coupe axiale : fracture du rocher translabyrinthique (passant par l'oreille interne).

Examens complémentaires

- ▶ Si polytraumatisé : TDM corps entier.
- ▶ Bilan des lésions associées : cérébrales, membres, rachis, abdomen.
- ▶ BILAN CRANIO-FACIAL : TDM DU MASSIF FACIAL (RECONSTRUCTION EN 3D) = EXAMEN DE RÉFÉRENCE.
- ▶ Bilan radiologique si fracture simple suspectée :
 - ◆ fracture malaire : incidence de Blondeau, Hirtz latéralisée
 - ◆ fracture mandibulaire :
 - panoramique dentaire
 - incidence face basse (condyle)
 - ◆ fracture des OPN : OPN de profil (médicolégal chez l'enfant)



Le mot du conférencier

Il faut penser à une fracture du rocher devant tout traumatisme de la face associé à :

- une otorragie;
- une otoliquorrhée (rhinorrhée par écoulement de l'oreille moyenne via la trompe d'Eustache);
- une paralysie faciale périphérique;
- des vertiges.

Devant toute suspicion de fracture de rocher, il faut faire un TDM des rochers en urgence.

Devant une fuite de LCR (oto ou rhinoliquorrhée), il faut penser à la vaccination antipneumococcique (PNEUMO 23®) pour limiter le risque de méningite.

Devant toute plaie cutanée penser à la vaccination anti-tétanique SAT-VAT=0 au dossier.

Altération de la fonction auditive

Objectif : *Devant une altération de la fonction auditive, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.*

Définition

- ▶ Altération de la capacité d'audition :
 - ◆ partielle (hypoacousie)
 - ◆ ou totale (cophose)
- ▶ Trois types sont distingués :
 - ◆ surdité de transmission
 - ◆ surdité de perception
 - ◆ surdité mixte

Diagnostic

	Surdité de transmission (ST)	Surdité de perception (SP)
Acoumétrie Examen au diapason	<ul style="list-style-type: none"> • Weber latéralisé du côté atteint : TWA (<i>Transmission Weber Atteint</i>) • Rinne acoumétrique négatif (CA < CO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Weber latéralisé du côté sain • Rinne positif (CA > CO) : RPP (<i>Rinne Positif Perception</i>)
Audiométrie tonale liminaire Diagramme comparant les conductions osseuses et aériennes en fonction de différentes fréquences (hertz) et volumes sonores (dB)	<ul style="list-style-type: none"> • Seule la courbe aérienne est altérée • Rinne audiométrique : écart entre les 2 courbes (aérienne et osseuse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les 2 courbes sont altérées et se superposent

Impédancemétrie

Étude de la compliance du tympan en réponse à des modifications pressionnelles

- Courbe aplatie : épanchement rétrotympanique/OSM
- Pic dévié vers pression négative : dysfonctionnement tubaire
- Pas de pic : perforation tympanique
- Pic ample : rupture de chaîne ossiculaire

• Toujours normale**Réflexe stapédien**

Enregistrement de la contraction du muscle stapédien (variation de compliance du tympan) en réponse à une forte stimulation (normalement écart de 80 dB entre le seuil auditif et le seuil du RF)

- N'apporte pas de renseignement sur le type de transmission

- Permet de localiser la SP :
 - **SP endocochléaire** : RS présent pour des valeurs de stimulation inférieures à 80 dB au dessus du seuil auditif = « recrutement »
 - **SP rétrocochléaire** : RS présent pour des valeurs de stimulation autour de 80 dB au-dessus du seuil auditif = pas de recrutement



Le mot du conférencier

Il faut connaître la maladie de Ménière (*voir item 344*).

Devant un épisode de vertige isolé sans cause évidente retrouvée, il faut faire une IRM systématique pour éliminer un neurinome du VIII.

Un neurinome du VIII peut être intégré à une neurofibromatose de type 1 (maladie de Von Recklinghausen).

Les médicaments ototoxiques à connaître sont les suivants : aminoside, diurétique de l'anse, cisplatine, quinine.

Épistaxis

*Objectifs : Devant une épistaxis, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.*

Diagnostic positif

Il est UNIQUEMENT CLINIQUE.

- ▶ Localiser l'origine du saignement :
 - ◆ rhinoscopie antérieure
 - ◆ à l'abaisse-langue : recherche d'écoulement postérieur au niveau du cavum
- ▶ Éliminer les diagnostics différentiels :
 - ◆ hématomèse
 - ◆ hémoptysie

Évaluation de la gravité

- ▶ Terrain ++ (cardiopathie ischémique), prise d'antiagrégants plaquettaires ou d'anticoagulants.
- ▶ Quantité du saignement :
 - ◆ Durée ++
 - ◆ extériorisation nasale bilatérale et au niveau de l'oropharynx
 - ◆ vomissement de sang dégluti
- ▶ Retentissement hémodynamique : recherche de signes d'anémie (pâleur) et de choc (tachycardie, hypotension, sueur, trouble de conscience, marbrure des extrémités).

Traitement symptomatique en première intention

- ▶ URGENCE THÉRAPEUTIQUE SI SIGNES DE GRAVITÉ :
 - ◆ remplissage vasculaire (macromolécule voire transfusion de culot globulaire)
 - ◆ position demi-assise, tête penchée en avant
 - ◆ calmer +++ (anxiolytique)
 - ◆ oxygénothérapie au masque

- ◆ bilan sanguin en urgence (groupe, Rh, RAI, NFS, hémostase)
- ◆ surveillance hospitalière
- ▶ ASSURER L'HÉMOSTASE :
 - ◆ évacuation des caillots (mouchage)
 - ◆ compression bidigitale pendant 10 min (glaçon à sucer)
 - ◆ si inefficace, anesthésie locale (xylocaïne naphazolinée) :
 - soit coagulation sélective (tache vasculaire)
 - soit tamponnement antérieur (toujours bilatéral, laisser en place 48 h sous couverture antibiotique)
 - ◆ si inefficace, mise en place de sonde à double ballonnet (très douloureux)
 - ◆ en dernier recours, traitement local invasif : embolisation ou hémostase chirurgicale (ligature des artères sphéno-palatines par voie endonasale)

Diagnostic et traitement étiologique

Causes locales

- ▶ Ectasie de la tache vasculaire (zone d'anastomose entre les réseaux carotidien interne et externe au niveau de la cloison nasale), de loin la cause la plus fréquente.
- ▶ Infection locale nasosinusienne (rhinite banale).
- ▶ Traumatique :
 - ◆ fracture massif facial, intubation, chirurgie, barotraumatisme
 - ◆ rupture carotide interne cataclysmique, exophtalmie pulsatile, rare mais gravissime, artériographie en urgence
- ▶ Tumorale :
 - ◆ bénigne :
 - FIBROME NASOPHARYNGIEN
 - polype
 - ◆ maligne :
 - UCNT du cavum
 - ADÉNOCARCINOME DE L'ETHMOÏDE
- ▶ Ulcération : cocaïne, corps étranger.
- ▶ Maladie de Rendu-Osler (angiomatose).
- ▶ Anévrisme de la carotide interne.

Causes générales

- ▶ Hypertension artérielle.
- ▶ Trouble de l'hémostase (iatrogène +++, insuffisance hépatocellulaire, maladie de Willebrand, hémophilie).
- ▶ Infection : fièvre typhoïde, rougeole...

Examens complémentaires

- ▶ Aucun pour le diagnostic positif.
- ▶ Bilan sanguin si épistaxis abondante, récidivante : NFS, TP, TCA, groupe, Rh (2 déterminations), RAI.
- ▶ Bilan étiologique :
 - ◆ TDM massif facial
 - ◆ IRM
 - ◆ biopsie en cas de suspicion de tumeur

La biopsie est formellement contre-indiquée en cas de suspicion de fibrome nasopharyngien (risque d'hémorragie cataclysmique) ⚠.



Le mot du conférencier

Physiopathologie

Il existe un double système de vascularisation des fosses nasales, par :

- carotidien externe : artère sphéno-palatine, branche terminale de la maxillaire interne ;
- carotidien interne : artères ethmoïdales antérieures et postérieures, branches de l'artère ophtalmique.

Les anastomoses multiples concentrées au niveau antéro-inférieur de la cloison sont appelées « tache vasculaire de Kisselbach ».

Fibrome nasopharyngé

C'est une cause d'épistaxis à connaître :

- on doit l'évoquer devant toute épistaxis UNILATÉRALE, chez un adolescent ;
- l'angiofibrome est une masse bourgeonnante hypervascularisée de la FN (nasofibroscopie) ;
- PAS DE BIOPSIE (risque d'hémorragie massive) ⚠ ;
- confirmation diagnostique par TDM cervicofacial injectée + IRM (recherche d'extension à la base du crâne, œil, cavum) ;

- traitement chirurgical après embolisation préopératoire;
- risque :
 - hémorragie catalysmique en per-opératoire;
 - récurrence sur reliquat tumoral.
- Autres étiologies à connaître :
 - adénocarcinome de l'ethmoïde (chez un travailleur du bois présentant une obstruction nasale et/ou une épistaxis, éliminer un adénocarcinome de l'ethmoïde, et penser à la déclaration en maladie professionnelle);
 - rupture carotidienne intracaverneuse;
 - maladie de Rendu-Osler.

Objectif : *Devant une paralysie faciale, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.*

- ◆ sensoriel : 2

- Atteinte du massif facial inférieur et supérieur
- Signe de Charles Bell
- Signe des cils de Sougue

- Dissociation automatico-volontaire
- Signes neurologiques associés (hémiplégie, aphasie...)
URGENCE NEUROLOGIQUE : TDM en urgence éventuellement complété par IRM
- Étiologies :
 - AVC
 - tumeur bénigne, maligne
 - abcès
- Pas de dissociation automaticovolontaire
- Pas de syndrome pyramidal
- Localiser le niveau lésionnel :
 - intracérébral :
 - angle pontocérébelleux
 - conduit auditif interne
 - intrapétreux :
 - 1^{re} portion : tous les tests perturbés
 - 2^e portion : EGM, Blatt, réflexes stapédiens perturbés
 - 3^e portion : EGM, Blatt perturbés
 - extrapétreux : parotidien

Étiologies à évoquer devant une PFP

Atteinte diffuse

- ▶ Polyradiculonévrite (syndrome de Guillain-Barré, syndrome de Melkersson-Rosenthal).
- ▶ Multinévrite (diabète ++, tétanos céphalique de Rose, collagénose, PAN...).
- ▶ Infectieuse :
 - ◆ virale (VIH, ourlienne)
 - ◆ bactérienne (maladie de Lyme +++)

Atteinte focale

- ▶ Lésion du tronc cérébral :
 - ◆ ramollissement (syndrome de Millard-Gubler, de Foville)
 - ◆ tumeur (gliome, métastase)
 - ◆ AVC, SEP, SLA
- ▶ Lésion de l'angle pontocérébelleux : neurinome du VIII +++.
- ▶ Lésion de la base du crâne : tumorale (UCNT du cavum, syndrome de Garcin).
- ▶ Lésion du rocher :
 - ◆ traumatique (fracture, chirurgie)
 - ◆ infectieuse
 - otite moyenne, externe, chronique, cholestéatome +++
 - zona du ganglion géniculé (éruption zone de Ramsay-Hunt)

- ▶ Lésion de la parotide :
 - ◆ tumeur maligne
 - ◆ plaie
 - ◆ sarcoïdose (syndrome de Heerfort)

Si bilan négatif : PF *a frigore* (diagnostic d'élimination)

- ▶ La plus fréquente : 50 % des cas.
- ▶ 80 % de récupération complète (valeur pronostique favorable si réflexe stapédien conservé).
- ▶ Traitement ambulatoire : repos, corticoïdes, protection oculaire ++++.

Examens complémentaires utiles

Diagnostic de gravité = évaluer le pronostic ++

- ▶ Examen du tonus musculaire :
 - ◆ neuronographie d'Essen
 - ◆ test de Hilger
 - ◆ électromyographie (EMG) : grades 1 à 6 (complète)
- ▶ Réflexe stapédien.

Diagnostic topographique

- ▶ Test de Shirmer.
- ▶ EGM (électrogustométrie).
- ▶ Réflexe stapédien, test de Blatt.

Diagnostic étiologique

- ▶ Examen otologique : audiogramme, impédancemétrie, examen vestibulaire.
- ▶ Bilan biologique : NFS, glycémie, sérologies : Lyme, VIH...
- ▶ Bilan d'imagerie : TDM/IRM.



Le mot du conférencier

PF *a frigore*

Les facteurs de mauvais pronostic de PF *a frigore* sont :

- âge > 55 ans;
- PF de grade 6;
- récupération tardive (> 10 jours).

Mémo pour les principales étiologies des PF

ZOB VDRL TP : Zona, Otogènes (otite moyenne aiguë/chronique compliquée/ cholestéatomateuse), BBS (sarcoïdose), Virus (VIH), Diabète, fracture du Rocher, Lyme, Tumeur Parotidienne.

ITEM 337

Trouble aiguë de la parole. Dysphonie

Objectif : Devant l'apparition d'un trouble aigu de la parole ou d'une dysphonie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Diagnostic clinique

Définition

Altération aiguë ou chronique de la voix parlée, au maximum aphonie.

Diagnostic différentiel

- ▶ Rhinolalie ouverte (par incompetence vélaire) ou fermée (par obstruction nasopharyngée).
- ▶ Dysmorphose dentomaxillaire.
- ▶ Dysarthrie.
- ▶ Aphasie.

Examen clinique

Interrogatoire

- ▶ Antécédents : tabac, RGO, infection, chirurgie cervicale.
- ▶ Recherche de facteurs déclenchants : surmenage vocal, contexte psychologique (stress).
- ▶ Retentissement sur la vie sociale et professionnelle.
- ▶ Troubles associés (douleurs, dysphagie, dyspnée, troubles de déglutition, toux...).

Examen physique

- ▶ État général.
- ▶ Aire ganglionnaire, cicatrice cervicale.
- ▶ Thyroïde.
- ▶ Centré sur le larynx :
 - ◆ écoute de la voix
 - ◆ nasofibroscopie ou laryngoscopie indirecte au miroir de Clarr : schéma daté des lésions

Examens complémentaires en fonction de l'étiologie suspectée

- ▶ Laryngoscopie directe :
 - ◆ sous AG, au bloc
 - ◆ biopsie pour diagnostic de certitude anatomopathologique
- ▶ Bilan phonatoire : vidéolaryngostroboscopie.
- ▶ Imagerie : échographie cervicale, TDM cervicothoracique.

Diagnostic étiologique

Dysphonie aiguë	Dysphonie chronique (évoluant depuis au moins 1 mois)
<ul style="list-style-type: none"> • Laryngite aiguë infectieuse : inflammation sous-glottique virale +++ • Laryngite traumatique : intubation, surmenage vocal, brûlure • Paralyse récurrentielle • Aphonie d'origine psychogène (hystérie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur bénigne (exérèse + biopsie) : <ul style="list-style-type: none"> – nodule, polype – papillomatose, granulome • Tumeur maligne ++ : <ul style="list-style-type: none"> – laryngoscopie directe avec biopsie devant toute lésion suspecte – signe révélateur de cancer du larynx • Laryngite chronique : <ul style="list-style-type: none"> – hypertrophique diffuse : catarrhale/pseudomyxomateuse/leucoplasie – état précancéreux : surveillance ++ • Immobilité laryngée : <ul style="list-style-type: none"> – paralyse laryngée : <ul style="list-style-type: none"> - atteinte neurologique centrale ou périphérique (par atteinte du nerf X, récurrent laryngé) - voix bitonale si paralyse unilatérale - dyspnée si bilatérale en adduction (rarissime) - causes : chirurgie thyroïdienne, syndrome médiastinal (compression par tumeur de voisinage), centrales (AVC, ESP, encéphalopathies) – ankylose aryténoïdienne : post-intubation difficile – lésion infiltrante CV : sarcoïdose, lupus... • Psychique (pas de lésion anatomique)

Traitement de la dysphonie chronique

- ▶ Contrôle des facteurs de risques +++ (arrêt tabac...).
- ▶ Exérèse : cryothérapie, laser CO₂, microchirurgie.
- ▶ Surveillance régulière des dyskératoses : AU MOINDRE DOUTE, BIOPSIE POUR DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DE CERTITUDE.
- ▶ Rééducation orthophonique.



Le mot du conférencier

Les 4 D (douleurs, dysphagie, dysphonie, dyspnée) plus des troubles de la déglutition sont à rechercher systématiquement à l'interrogatoire devant un seul de ces signes.

Toute dysphonie persistante nécessite un examen des cordes vocales précis et, au moindre doute, la réalisation d'une laryngoscopie directe sous AG, au microscope avec biopsie.

Vertige (avec le traitement)

Objectifs : Chez un sujet se plaignant de vertige, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Définition

- ▶ Le vertige est un symptôme subjectif, sensation erronée de mouvement **ROTATOIRE** du patient et de son entourage.
- ▶ Le système de l'équilibre comprend :
 - ◆ la vision
 - ◆ la proprioception
 - ◆ le cervelet
 - ◆ l'appareil vestibulaire (utricule, saccule, canaux semi-circulaires, nerf vestibulocochléaire (VIII))

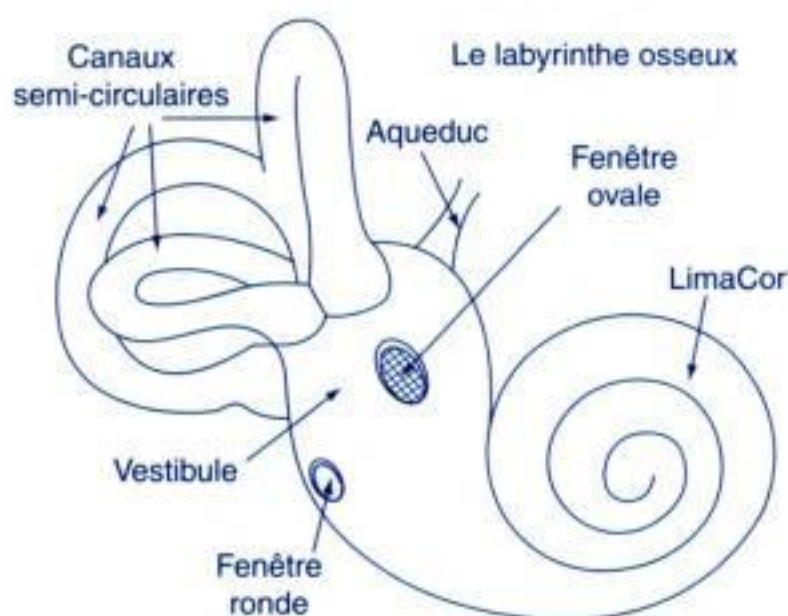


Figure 13 : Le labyrinthe osseux.

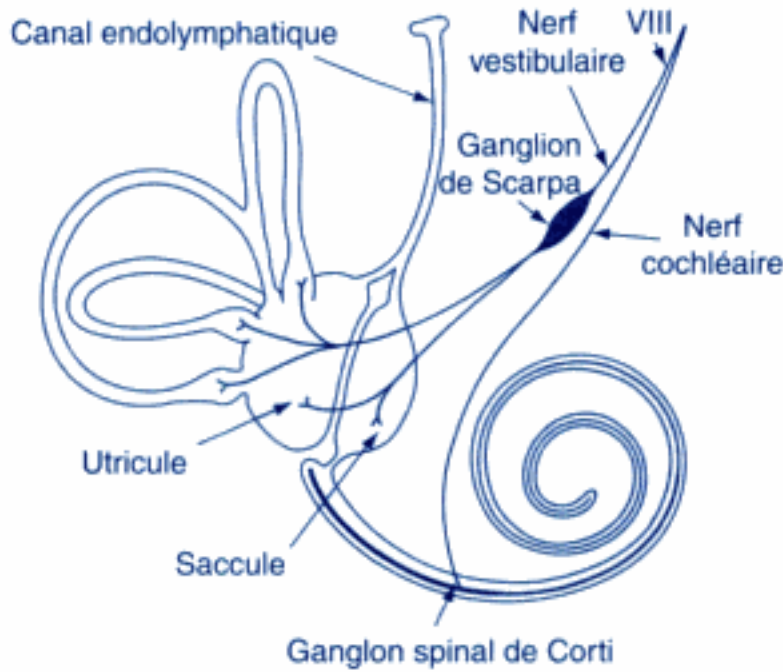


Figure 14 : Le labyrinthe membraneux.

- ▶ En cas d'atteinte d'une voie vestibulaire, se crée un déséquilibre des informations reçues, qui entraîne le vertige.
- ▶ Une fois la phase aiguë passée, une compensation vestibulaire centrale permet la disparition du vertige.

Diagnostics différentiels (le plus souvent, symptôme d'instabilité)

- ▶ Hypotension, iatrogénie (médicaments).
- ▶ Hypoglycémie.
- ▶ Lipothymie, syncope.
- ▶ Trouble psychiatrique (phobies).
- ▶ Trouble visuel.

Diagnostic étiologique

	Périphérique	Centrale
Syndrome vestibulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Vertige intense, signes digestifs associés • Nystagmus UNIDIRECTIONNEL : <ul style="list-style-type: none"> – horizonto-rotatoire ++ – aboli par fixation oculaire – HARMONIEUX = déviation des index, à la marche, signe de Romberg, secousse lente du nystagmus : vers le côté atteint 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins franc, sensation d'instabilité • Nystagmus MULTIDIRECTIONNEL : <ul style="list-style-type: none"> – PUR vertical (lésion pédonculaire) – horizontal (lésion protubérance) – varie selon position du regard – non aboli par fixation oculaire – DYSHARMONIEUX
Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> • Cochléaires ++ (hypoacousie, acouphènes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de signe cochléaire • Signes neurologiques de localisation, céphalées
Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Audiogramme • Épreuves vestibulaires caloriques : hypo/aréflexie vestibule lésé • Au moindre doute : TDM cérébrale 	<ul style="list-style-type: none"> • TDM cérébrale • IRM cérébrale (lésion du tronc cérébral)
Étiologies	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte de l'oreille interne : <ul style="list-style-type: none"> – VPPB ++ – maladie de Ménière – labyrinthite infectieuse (otite chronique cholestéatomateuse), médicamenteuse – traumatique (fracture du rocher, fistule périlymphatique) • Atteinte du nerf (rétrolabyrinthique) <ul style="list-style-type: none"> – névrite vestibulaire ++ (pas de signes cochléaires) – tumeur de l'angle pontocérébelleux : neurinome du VIII 	<ul style="list-style-type: none"> • AVC (Wallenberg ++) • Tumeur du tronc cérébral (fosse postérieure) • Sclérose en plaques • Insuffisance vertébrobasilaire • Malformation d'Arnold-Chiari

Traitement d'un syndrome vestibulaire périphérique

Traitement symptomatique de la crise

- ▶ Hospitalisation si signes digestifs majeurs : traitement IV.
- ▶ Sinon traitement ambulatoire :
 - ◆ repos
 - ◆ antiémétique (Primpéran®)
 - ◆ antivertigineux (Tanganil®)

Traitement étiologique

- ▶ VPPB :
 - ◆ diagnostic par manœuvre de Hall Pike
 - ◆ réduction par manœuvre libératoire de SEMONT ou d'Epley
- ▶ Maladie de Ménière :
 - ◆ dilatation du labyrinthe membraneux (hydrops labyrinthique)
 - ◆ terrain : femme, 50 ans, contexte psychologique particulier
 - ◆ triade clinique : acouphènes inauguraux puis vertiges rotatoires intenses (de plusieurs heures, avec signes adrénergiques : nausées, vomissements) + surdité de perception (prédominant sur les fréquences graves (courbe d'audiométrie tonale dite « ascendante »)
 - ◆ évolution défavorable avec augmentation de la surdité
 - ◆ traitement de fond :
 - thérapie cognitivo-comportementale
 - bêta-histidine (SERC)
 - vasodilatateur (Vastarel®)
 - correction de l'hydrops (Diamox®)



Le mot du conférencier

Devant un épisode de vertige isolé associé à des cervicalgies, il faut toujours penser à l'AVC par dissection carotidienne, qui est une urgence neurochirurgicale.

Stomatologie

ITEM 35

Développement buccodentaire et anomalies

Objectif : Dépister les anomalies du développement maxillofacial et prévenir les maladies buccodentaires fréquentes de l'enfant.

Développement buccodentaire normal

- ▶ À partir des bourgeons faciaux (mésoderme et cellules des crêtes neurales).
- ▶ Organogenèse terminée à la 7^e semaine de développement intra-utérin.
- ▶ Les premières dents apparaissent au 4^e mois de grossesse.

Denture lactéale

	Apparition	Numérotation
Incisives centrales	Entre 6 et 12 mois	51, 61, 71, 81
Incisives latérales	Entre 6 et 12 mois	52, 62, 72, 82
Premières molaires	Entre 12 et 18 mois	54, 64, 74, 84
Canines	Entre 18 et 24 mois	53, 63, 73, 83
Deuxièmes molaires	Entre 24 et 36 mois	55, 65, 75, 85

Denture définitive

	Apparition	Numérotation
Incisives centrales	7 ans	11, 21, 31, 41
Incisives latérales	8 ans	12, 22, 32, 42
Premières prémolaires	9 ans	14, 24, 34, 44
Canines	10 ans	13, 23, 33, 43
Deuxièmes prémolaires	11 ans	15, 25, 35, 45
Premières molaires	6 ans	16, 26, 36, 46
Deuxièmes molaires	12 ans	17, 27, 37, 47
Troisièmes molaires (dents de sagesse)	18 ans	18, 28, 38, 48

Anomalies du développement buccodentaire

Anomalies dentaires

- ▶ Agénésie (anomalie de nombre) +++.
- ▶ Hypoplasie (anomalie de forme).
- ▶ Dysplasie (anomalie de taille).
- ▶ Éruption prématurée (hyperthyroïdie ++, puberté précoce).
- ▶ Retard éruption (trisomie 21, hypothyroïdie, rachitisme, obstacle).
- ▶ Dentinogenèse (dentine) anormale.
- ▶ Amélogenèse (émail) anormale (hypocalcémie, maladie cœliaque).

Anomalies bucco-maxillo-faciales

- ▶ Fentes labiopalatines +++ : prise en charge chirurgicale.
- ▶ Syndrome de Pierre Robin (fente vélopalatine, microrétrognathisme, glossoptose).
- ▶ Syndrome de Di George.
- ▶ Syndrome du premier et du deuxième arc branchial.

Caries et plaque dentaire

Carie

- ▶ Maladie infectieuse la plus fréquente au monde.
- ▶ Conséquence de la dégradation du saccharose en acide lactique par des bactéries (*streptocoque mutans* et *viridans*) au niveau de la plaque dentaire avec dissolution de l'émail et de la dentine.

Plaque dentaire

Couche grisâtre à la surface dentaire, composée de germes acidophiles dans une matrice riche en polysaccharides.

Prévenir les maladies buccodentaires (caries +++)

- ▶ Élimination systématique de la plaque dentaire par un brossage des dents après chaque repas.
- ▶ Hygiène alimentaire (réduction de la consommation de sucre).
- ▶ Supplémentation en fluor (permet une diminution de la dégradation des sucres en acide lactique, renforce l'émail).
- ▶ Examen de dépistage biannuel avec détartrage.



Le mot du conférencier

Il faut connaître :

- la numérotation des dents : savoir désigner par son numéro une dent infectée sur un panoramique dentaire;
- le syndrome du biberon : très mauvais état buccodentaire chez un enfant entre 3 et 6 ans, avec caries multiples des dents de lait suite à la prise de boissons sucrées au biberon de façon continue et répétée :
 - risque de retentissement sur la croissance des germes définitifs;
 - traitement par avulsion chirurgicale.

Hidden page

Carie	Pulpite aiguë	Desmodontite	Granulome	Accident de dent de sagesse
<ul style="list-style-type: none"> • Carie de l'émail : <ul style="list-style-type: none"> – asymptomatique – tache vue en transillumination • Carie de dentine : <ul style="list-style-type: none"> – douleur fugace – test de vitalité dentaire + 	<ul style="list-style-type: none"> • Rage de dent • Inflammation de la pulpe • Secondaire à une carie • Douleur spontanée intense, insomniant 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmodontite aiguë • Douleur intense pulsatile, lancinante 	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion de l'os alvéolaire en regard d'une dent infectée • Évolution à bas bruit, asymptomatique • Découverte radiologique : zone d'ostéolyse à l'apex 	<ul style="list-style-type: none"> • Colonisation par germe du sac péri coronaire partiellement ouvert • Dents inférieures (38–48) • Douleur brutale • Trismus, gêne à mastication • Fièvre • Pression douloureuse dans la région rétro molaire ± pus • Radiologie : DDS en désinclusion • Granulome marginal

Complications

Locorégionales	À distance
Abcès	Endocardite : prophylaxie
Ostéites	Rhumatisme articulaire aigu
Sinusite maxillaire	Glomérulonéphrite aiguë
Cellulite ++	Septicémie

Cellulite faciale d'origine dentaire : urgence médicale

- ▶ Recherche de signes de gravité :
 - ◆ terrain (immunodépression, prise d'AINS)
 - ◆ trismus serré
 - ◆ œdème du plancher, de la luette
 - ◆ dyspnée
- ▶ Bilan :
 - ◆ étiologique :
 - panoramique dentaire, clichés rétroalvéolaires
 - prélèvements bactériologiques (hémocultures, locaux)
 - ◆ d'extension : TDM cervicofaciale
 - ◆ préopératoire
- ▶ Traitement :
 - ◆ ambulatoire en cas de forme circonscrite, simple :
 - double antibiothérapie/bain de bouche
 - excision-drainage si collection
 - ◆ hospitalisation en urgence si signes de gravité :
 - double antibiothérapie IV
 - évacuation et drainage large chirurgical + avulsion dent responsable
 - surveillance et prévention des complications : extension cervicale et médiastinale, thrombophlébite veine faciale → cérébrale (sinus caverneux), septicémie
 - ◆ TOUJOURS traitement de la cause

Parodontopathies

Le diagnostic est CLINIQUE.

Gingivite

- ▶ Hypertrophie, érythème de la muqueuse gingivale.
- ▶ Tendance hémorragique au contact (brossage des dents).

► Formes cliniques :

- ◆ gingivite ulcéronécrotique aiguë
- ◆ hyperplasie gingivale (infectieuse, tumorale, grossesse, médicamenteuse)

Parodontite

- Mobilités dentaires multiples.
- Excès de plaque tartrique, gingivite.

Kystes et tumeurs dentaires

Kystes d'origine dentaire

- Évolution d'un granulome.
- Apicodentaire ++.

Tumeurs d'origine dentaire

Bénignes	Malignes
<ul style="list-style-type: none"> • Améloblastome • Cémentomes • Odontomes 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumeurs maxillaires rares (sarcomes, métastase) • Cancer gingival (voir item 145)

Diagnostic

- Radiologie panoramique.
- TDM du massif facial et Dentascan.
- Histologie.



Le mot du conférencier

Un foyer dentaire est toujours à rechercher (clinique et panoramique dentaire) devant une sinusite maxillaire, une cellulite faciale.

Devant toute lésion endobuccale persistante (> 3 semaines), faire une biopsie pour un diagnostic histologique.

Hidden page

Hidden page

Hidden page



Le mot du conférencier

Il ne faut jamais pratiquer de biopsie parotidienne (risque de dissémination tumorale). Le diagnostic de certitude d'une tuméfaction parotidienne est histologique. En pratique on envoie au laboratoire un fragment de la pièce, en peropératoire. Le résultat immédiat de cet examen extemporané permet de guider le geste chirurgical (exérèse large avec sacrifice ou non du nerf facial en fonction du type histologique retrouvé) mais il faut attendre l'analyse histologique définitive pour le diagnostic de certitude.

Les complications de l'exérèse d'une glande salivaire sont les suivantes :

- hématome;
- surinfection;
- lésion nerveuse (VII pour parotide/XII, nerf lingual et rameau mentonnier du nerf facial pour sous-maxillaire);
- séquelles esthétiques;
- syndrome de Frey (postparotidectomie).

La parotidite uni ou bilatérale du sujet âgé survient souvent sur un terrain de déshydratation sous-jacente : penser systématiquement à la réhydratation intraveineuse associée à l'antibiothérapie.

Douleur buccale

Objectif : Devant des douleurs buccales, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Causes locales (dents, muqueuse)

Causes dentaires et parodontales

- ▶ Foyers infectieux dentaires.
- ▶ Gingivites.

Lésions muqueuses

- ▶ Stomatite.
- ▶ Aftose.
- ▶ Candidose buccale :
 - ◆ infection opportuniste à *Candida albicans*
 - ◆ facteurs favorisants :
 - terrain (immunodépression)
 - facteurs locaux (xérostomie, mauvaise hygiène buccale)
 - iatrogènes (antibiotique, radiothérapie)
 - ◆ clinique : muguet buccal
 - ◆ traitement local :
 - arrêt des facteurs favorisants
 - antifongique en suspension
 - ◆ traitement systémique si récurrence, immunodépression
- ▶ Dyskératose buccale, leucoplasie (lésions précancéreuses).
- ▶ Dermatoses bulleuses (pemphigoïde, pemphigus) : savoir rechercher une atteinte des muqueuses génitale et cutanée associée.

Douleur iatrogène

- ▶ Complication de la radiothérapie (mucite, ostéoradionécrose).
- ▶ Toxidermie (syndromes de Stevens-Johnson, de Lyell).

Névralgie

- ▶ Du V3.
- ▶ Du IX.

Hidden page

- ▶ Intérêt du panoramique :
 - ◆ éliminer fracture associée
 - ◆ contrôle postréduction
- ▶ Réduction par manœuvre de Nélaton puis contention en œuf de Pâques pendant 10 jours.



Le mot du conférencier

Devant des algies buccales chroniques sans cause retrouvée, penser aux glossodynies (diagnostic d'élimination).

Toute lésion endobuccale persistante doit faire l'objet d'une biopsie pour diagnostic histologique afin d'éliminer une lésion cancéreuse.

Ophtalmologie

Hidden page

Anatomie de l'œil et de ses annexes

Anatomie de l'œil

- ▶ Au niveau postérieur, l'œil est formé, de l'extérieur vers l'intérieur : de la sclère, de la choroïde, de la rétine et du vitré.
- ▶ Au niveau antérieur, l'œil est formé de la cornée (« hublot » transparent prolongeant la sclère), de l'iris, du corps ciliaire et du cristallin.
- ▶ La conjonctive est une muqueuse recouvrant la face profonde des paupières et la face antérieure du globe.

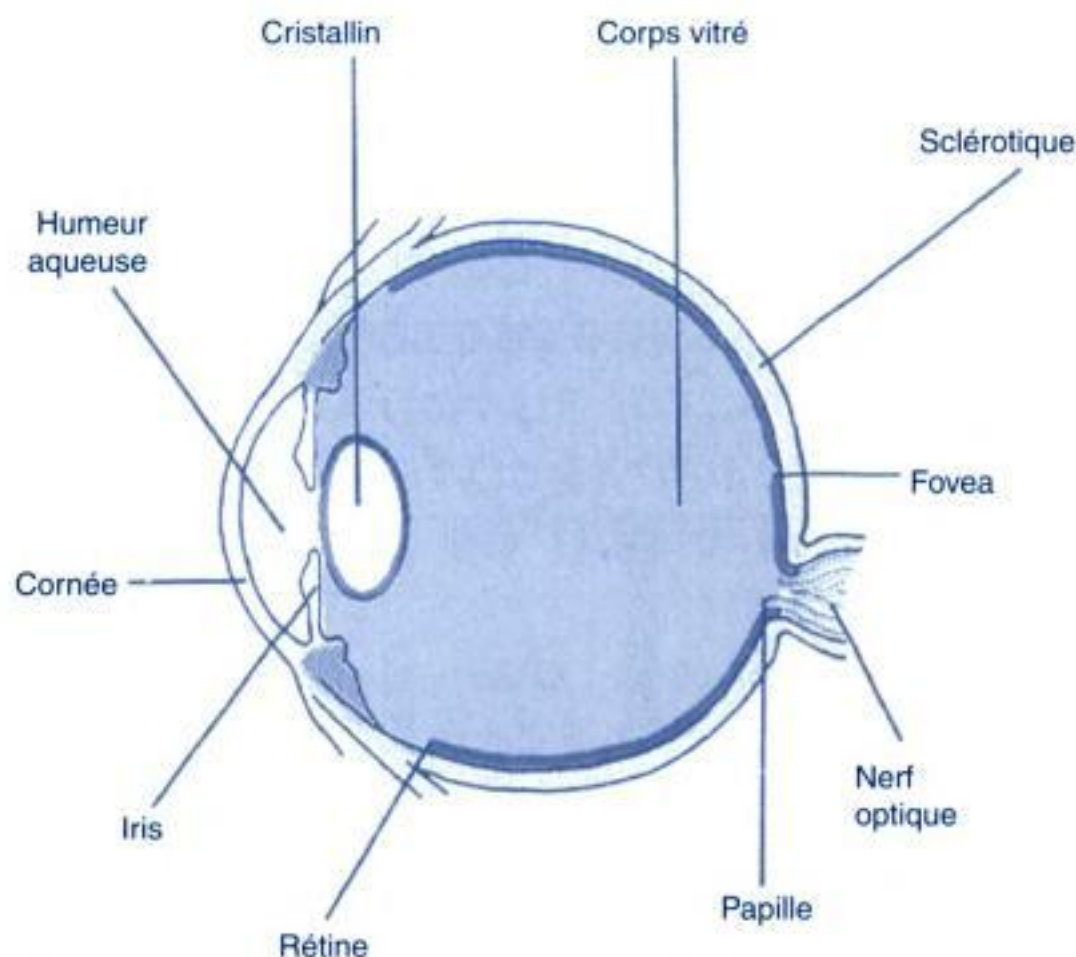


Figure 15 : Schéma d'un œil droit (coupe horizontale), d'après *Taschenatlas Physiologie* par S. Silbermag et A. Despopoulos, Thieme Verlag, 2001©.

Hidden page

Voies optiques

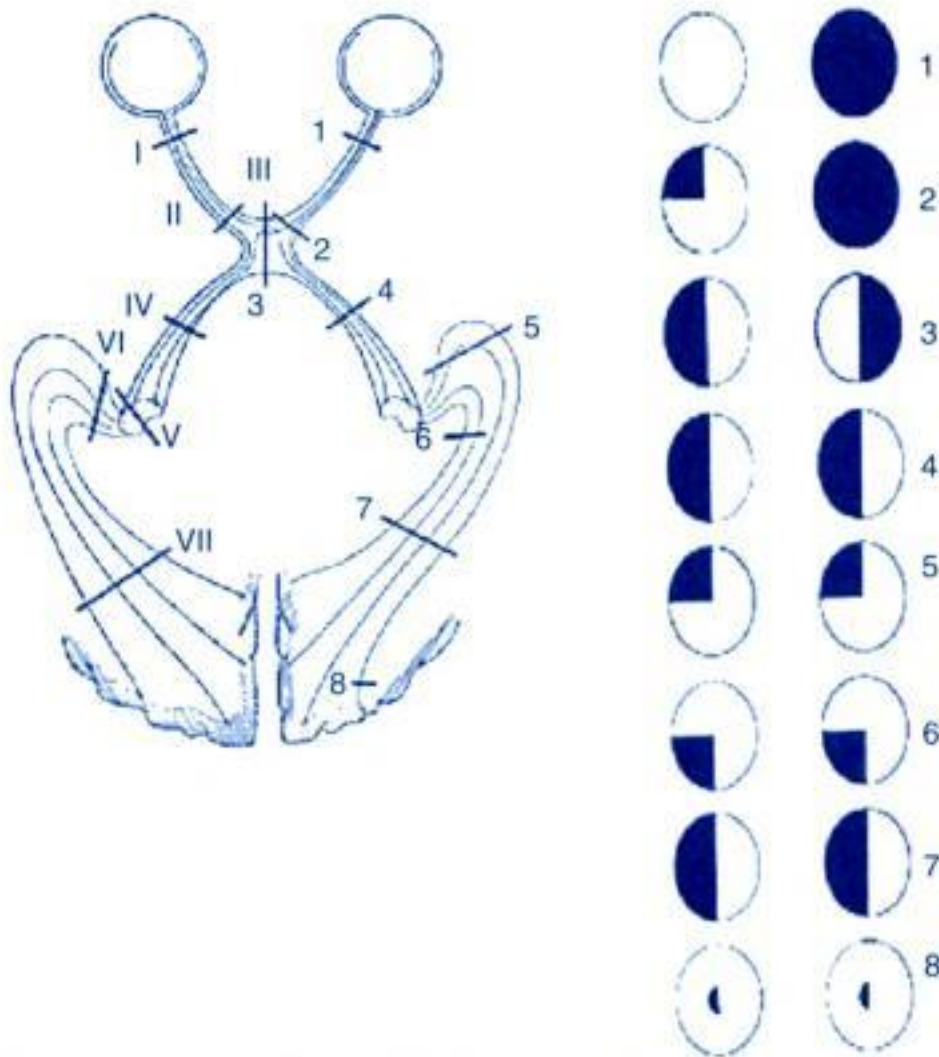


Figure 17 : Schéma d'ensemble des voies optiques. I nerf optique juxta-bulbaire; II nerf optique intra-cranien; III chiasma optique; IV bandelette optique; V corps genouillé; VI et VIII radiations optiques. 1 à 8 : déficit dans le champ visuel provoqué par une section de tout ou partie des voies optiques aux niveaux indiqués, d'après *Taschenatlas Physiologie* par S. Silbernag et A. Despopoulos, Thieme Verlag, 2001©.

Hidden page

Papille et macula

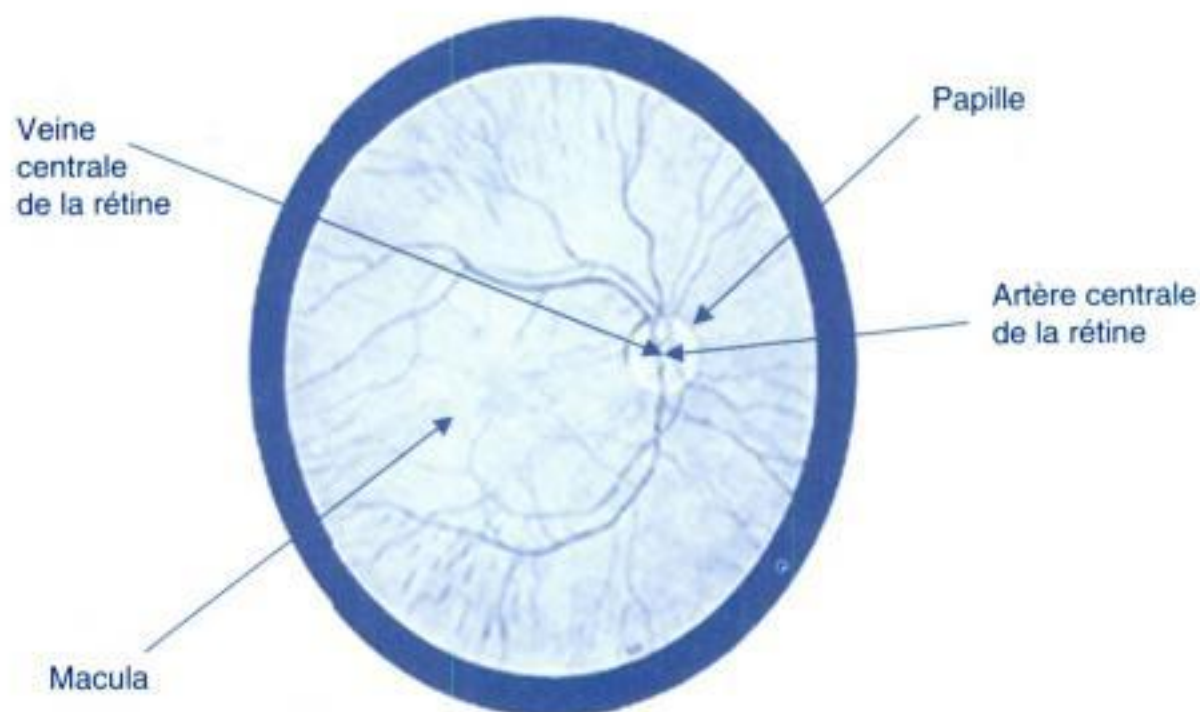


Figure 19 : Fond d'œil (œil droit). Papille : extrémité distale des fibres du nerf optique. Macula : en face de l'orifice pupillaire, permet la vision fine et celle des couleurs.

Examen ophtalmologique

Il sera TOUJOURS BILATÉRAL ET COMPARATIF.

Interrogatoire

- ▶ ÂGE ET PROFESSION.
- ▶ MOTIF DE LA CONSULTATION.
- ▶ ANTÉCÉDENTS :
 - ◆ généraux (notamment diabète, HTA, maladies systémiques...)
 - ◆ ophtalmologiques
 - ◆ familiaux
- ▶ CIRCONSTANCES DE SURVENUE : du trouble visuel, aigu ou chronique, uni ou bilatéral.
- ▶ SIGNES ASSOCIÉS.
- ▶ TRAITEMENTS ACTUELS.

Acuité visuelle

- ▶ ACUITÉ VISUELLE DE LOIN (5 mètres) : échelle de Monoyer, cotée de 1/20 à 10/10 (meilleure AV).
- ▶ ACUITÉ VISUELLE DE PRÈS (33 cm) : échelle de Parinaud, cotée de P14 à P2 (meilleure AV).

Examen des annexes

- ▶ PAUPIÈRES : chalazion, orgelet, tumeur, ptôsis, entropion ectropion.
- ▶ APPAREIL LACRYMAL : larmoiement, tuméfaction.
- ▶ MUSCLES OCULAIRES : recherche d'un trouble oculomoteur.
- ▶ CADRE ORBITAIRE : recherche d'un point douloureux dans un contexte traumatique.
- ▶ RECHERCHE D'UNE EXOPHTALMIE : si doute, mesure à l'exophtalmomètre de Hertel et confirmation au scanner.

Segment antérieur

- ▶ CONJONCTIVE : rougeur, hémorragie, corps étranger, follicules, papilles, sécrétions.
- ▶ CORNÉE : sans et avec fluorescéine (recherche d'une ulcération en lumière bleue).
- ▶ CHAMBRE ANTÉRIEURE : profondeur, recherche d'un effet Tyndall, d'un hypopion, d'un hyphéma.
- ▶ ANGLE IRIDOCORNÉEN : gonioscopie au V3M, apprécie l'ouverture de l'angle.
- ▶ PUPILLE : RPM direct et consensuel.
- ▶ CRISTALLIN.

Tonus oculaire

- ▶ Au tonomètre à aplanation de Goldmann ou au tonomètre à air pulsé.
- ▶ Normal de 10 mmHg à 21 mmHg.

Segment postérieur

Après dilatation pupillaire, à l'ophtalmoscope direct ou indirect (V3M, lentilles de Volk, casque) :

- ▶ VITRÉ : transparence, décollement, inflammation
- ▶ PAPILLE
- ▶ MACULA
- ▶ VAISSEaux ET RÉTINE PÉRIPHÉRIQUE

Examens complémentaires

Champ visuel (périmétrie)

- ▶ Cinétique (Goldmann) : +++ dans les pathologies neurologiques.
- ▶ Statique automatisée (Humphrey ou Octopus) : +++ dans le glaucome.

Vision des couleurs

- ▶ Tables pseudo-isochromatiques de Ishihara : dépistage des anomalies congénitales.
- ▶ Test de Farnsworth : dépistage des affections acquises.

Électrophysiologie (tests électriques de la fonction rétinienne)

- ▶ Électro-oculogramme (EOG) : étudie la fonction de l'épithélium pigmentaire et des photorécepteurs.
- ▶ Électrorétinogramme (ERG) : étudie le fonctionnement des cônes et des bâtonnets.

- ▶ Potentiels évoqués visuels (PEV) : étudie les atteintes du nerf optique par analyse de la réponse électrique du cortex après stimulation lumineuse de la rétine.

Explorations anatomiques

- ▶ ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE :
 - ◆ à la fluorescéine (étude de la vascularisation rétinienne) : ++ RD, OACR, OVCR
 - ◆ au vert d'indocyanine (étude de la vascularisation choroïdienne) : ++ DMLA
- ▶ OCT (TOMOGRAPHIE EN COHÉRENCE OPTIQUE) :
 - ◆ maculaire : analyse les différentes couches de la rétine
 - ◆ du segment antérieur
 - ◆ du nerf optique (excavation, fibres optiques), ++ glaucome
- ▶ PACHYMÉTRIE : mesure de l'épaisseur cornéenne.
- ▶ TOPOGRAPHIE CORNÉENNE : étude des courbes de niveau de la cornée.
- ▶ ÉCHOGRAPHIE :
 - ◆ mode A (mesure de la longueur oculaire)
 - ◆ mode B (analyse des structures internes de l'œil)
 - ◆ UBM (*ultrasound biomicroscopy*) : étude de l'angle iridocornéen
- ▶ IRM, SCANNER ET RADIO STANDARD.
- ▶ BILAN ORTHOPTIQUE.

Hidden page

- ▶ Nystagmus.
- ▶ Leucocorie (aire pupillaire blanche) : évocateur de rétinoblastome +++, cataracte congénitale.
- ▶ Microcornée.
- ▶ Mégalocornée : évocateur de glaucome congénital +++.
- ▶ Malformations palpébrales.

Si signes évocateurs

Bilan ophtalmologique complet avec réfraction sous cycloplégiques (blocage de l'accommodation) et fond d'œil.



Le mot du conférencier

Chez les prématurés, un fond d'œil est réalisé à la recherche d'une rétinopathie des prématurés secondaire à l'oxygénothérapie (ischémie rétinienne périphérique avec décollement de rétine).

L'acuité visuelle n'est à 10/10 que vers l'âge de 6 ans.

Le rétinoblastome est la tumeur oculaire la plus fréquente chez l'enfant, maligne +++, et nécessite une énucléation en urgence.

ITEM 58

Cataracte

*Objectifs : Diagnostiquer la cataracte et ses conséquences.
Argumenter les principes de traitement et de prévention.*

Définition

Opacification partielle ou complète du cristallin responsable d'une BAV progressive.

Étiologies

- ▶ Sénile +++ (cataracte corticonucléaire).
- ▶ Ophtalmologique (uvéite, glaucome, myopie, DR).
- ▶ Pathologie générale (diabète, hypothyroïdie, trisomie 21...).
- ▶ Iatrogène (corticoïdes +++ : cataracte sous-capsulaire postérieure).
- ▶ Traumatique.
- ▶ Congénitale.

Exploration

Interrogatoire

- ▶ Antécédents médicaux.
- ▶ Antécédents ophtalmologiques.
- ▶ Prise médicamenteuse.

Signes fonctionnels

BAV progressive de loin (et de près en cas de cataracte sous-capsulaire), halos, photophobie, diplopie monoculaire, éblouissements, amélioration de l'AV de près (myopie d'indice).

Examen ophtalmologique

- ▶ Mesure de l'acuité visuelle de loin et de près.
- ▶ Lampe à fente après dilatation : opacification cristallinienne.
- ▶ TO.
- ▶ FO.
- ▶ Annexes.

Examens complémentaires, en vue d'une intervention

- ▶ Échographie mode A (calcul longueur axiale).
- ▶ Kératométrie (rayons de courbure cornéens).

Complications évolutives

- ▶ HTO par trouble de l'écoulement de l'humeur aqueuse.
- ▶ Glaucome phacolytique (blocage de l'angle).
- ▶ Uvéite phacoantigénique.

Traitement

- ▶ Bilan préopératoire.
- ▶ Traitement chirurgical : EXTRACTION EXTRACAPSULAIRE PAR PHAKO-ÉMULSIFICATION AVEC IMPLANT DE CHAMBRE POSTÉRIEURE +++, SOUS ANESTHÉSIE TOPIQUE OU LOCORÉGIONALE (le plus souvent).

Complications de la chirurgie

- ▶ ENDOPHTALMIE (rare et grave) de forme aiguë, BAV brutale, douleur, œil rouge, Tyndall, hypopion (CAT : prélèvements bactériologiques, hospitalisation, antibiothérapie).
- ▶ CÉDÈME MACULAIRE.
- ▶ CÉDÈME CORNÉEN.
- ▶ DR.
- ▶ HYPERTONIE OCULAIRE.
- ▶ CATARACTE SECONDAIRE (opacification capsulaire postérieure, à traiter par laser YAG).

***Le mot du conférencier***

C'est une question simple à ajouter dans un dossier de gériatrie avec des chutes à répétition...

La cataracte est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en France.

Elle se réalise sous anesthésie locale et en chirurgie ambulatoire le plus souvent.

Dans les complications, il ne faut pas oublier les risques liés à une hospitalisation et à une anesthésie générale (quelquefois nécessaire) chez les personnes âgées.

C'est la première cause de cécité dans les pays en voie de développement.

La myopie d'indice est due à des modifications de la réfraction par altération de la structure et de la forme du cristallin (hyperhydratation).

Formes cliniques particulières : cataracte morganienne (liquéfaction du cristallin) et cataracte intumescence (augmentation de volume du cristallin +++).

La principale complication de la cataracte congénitale est l'amblyopie.

Hidden page

◆ FO :

- DRUSENS (résidus, couleur *chamois*, de la phagocytose des cellules rétinienne)
- ATROPHIE, HÉMORRAGIES, ŒDÈME

Examens complémentaires

- ▶ Angiographie à la fluorescéine (visualisation des lésions et des néovaisseaux).
- ▶ Angiographie ICG (visualisation des néovaisseaux occultes).
- ▶ OCT (visualisation des néovaisseaux et des lésions exsudatives).

Formes cliniques

- ▶ DRUSENS séreux ou miliaires.
- ▶ Formes constituées :
 - ◆ ATROPHIQUE (80 % des cas) : BAV progressive
 - ◆ EXSUDATIVE (20 % des cas) : apparition de néovaisseaux, BAV brutale

Traitement

- ▶ Stade drusen : traitement préventif (supplémentation vitaminique, surveillance).
- ▶ Stade atrophique : rééducation basse vision.
- ▶ Stade exsudatif :
 - ◆ photocoagulation des néovaisseaux extrafovéolaires au laser argon
 - ◆ photothérapie dynamique (néovaisseaux rétrofovéolaires)
 - ◆ rééducation basse vision

***Le mot du conférencier***

La DMLA entraîne un handicap majeur par perte de la vision centrale. Le pronostic visuel est sombre. Il faut cependant noter l'apparition des traitements anti-VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*) des néovaisseaux, qui ont une certaine efficacité, MAIS sans AMM pour la plupart. Je pense néanmoins qu'il faut en parler dans les dossiers.

Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélique

*Objectifs : Diagnostiquer une maladie de Horton et une pseudo-polyarthrite rhizomélique.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Complications ophtalmologiques possibles de la maladie de Horton

Atteintes du nerf optique	Atteinte de la rétine	Autres
<ul style="list-style-type: none"> • NOIAA dans 60 % des cas • NORB dans 10 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • OACR dans 20 % des cas 	<ul style="list-style-type: none"> • Paralysies oculomotrices des III et IV • Sclérite, épisclérite

Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (NOIAA)

Elle est due à l'atteinte des artères ciliaires postérieures (irriguant la rétine externe et la macula par l'intermédiaire de la choroïde).

Signes fonctionnels

- ▶ BAV brutale +++ au réveil, unilatérale, indolore.
- ▶ Céphalées, AEG, et TOUS LES SIGNES POSSIBLES DU HORTON.

Clinique

- ▶ BAV, mydriase et abolition du RPM.
- ▶ FO : OP avec \pm hémorragies en flammèches péripapillaires.
- ▶ Induration des artères temporales, abolition des poulx...

Examens complémentaires

- ▶ CV : déficit altitudinal, inférieur le plus souvent.
- ▶ Angiographie à la fluorescéine (retard de perfusion de la choroïde et/ou de la papille).
- ▶ VS, CRP.
- ▶ Biopsie de l'artère temporale.

Traitement

- ▶ URGENCE +++.
- ▶ Corticothérapie IV puis relais *per os* (durée du traitement : 18 mois).

***Le mot du conférencier***

RISQUE DE BILATÉRALISATION ET DE CÉCITÉ : CORTICOTHÉRAPIE EN URGENCE. On n'attendra pas les examens complémentaires pour traiter +++.

LE PRONOSTIC VISUEL EST TRÈS SOMBRE.

Tout trouble ophtalmologique à type de BAV brutale ou de trouble oculomoteur chez le sujet âgé doit faire suspecter ce diagnostic.

Sclérose en plaques

Objectifs : Diagnostiquer une sclérose en plaques.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
Décrire les principes de la prise en charge au long cours d'un malade présentant un déficit moteur progressif.

Complications ophtalmologiques possibles de la sclérose en plaques

Neuropathies optiques	Atteintes oculomotrices	Atteintes oculaires
<ul style="list-style-type: none"> • Névrite optique rétrobulbaire (NORB) • Papillite 	<ul style="list-style-type: none"> • Paralysies nucléaires : VI, III IV • Paralysies internucléaires (OIN) • Paralysies supranucléaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Uvéites

Névrite optique rétrobulbaire (NORB)

Unilatérale +++, sur un terrain de SEP.

Signes fonctionnels

Brouillard, douleurs oculaires ou rétro-oculaires majorées par les mouvements du globe oculaire, BAV brutale ± importante.

Examen clinique

- ▶ Scotome central ou cæco-central, diminution du RPM : signe de Marcus Gunn (réflexe consensuel conservé), FO normal.

Examens paracliniques

- ▶ Dyschromatopsie d'axe rouge-vert (VC), scotome (CV).
- ▶ PEV (allongement des latences, amplitudes normales).
- ▶ PEA, PES, PL, IRM.

Traitement

- ▶ Corticothérapie : solumédrol en IVL, 1 g/j pendant 3 jours.
- ▶ Immunosuppresseurs.

Évolution

- ▶ Régression le plus souvent.
- ▶ Récidive homo ou controlatérale dans 30 % des cas.
- ▶ RISQUE GLOBAL D'ÉVOLUTION VERS LA SEP DANS 30 % DES CAS.



Le mot du conférencier

La corticothérapie IV en cure courte (bolus sur 3 jours) accélère la récupération et diminuerait le risque de récurrence à 2 ans. Les bolus de corticoïdes agissent pendant 3 semaines, il n'y a pas lieu de prescrire un relais *per os*.

L'OIN (ophtalmoplégie internucléaire) est due à l'atteinte de la bandelette longitudinale postérieure entre les noyaux du III et du VI (nystagmus et/ou paralysie de l'adduction dans le regard latéral).

Transplantation d'organes¹

Objectifs : Argumenter les principes thérapeutiques et les modalités de surveillance d'un sujet transplanté.
Argumenter les aspects médico-légaux et éthiques liés aux transplantations d'organes.

I. É

la même que pour tous les prélèvements d'organe.

Principales techniques de greffe de cornée

Il existe deux :

Topoplastie transfixiante : trépanation circulaire de la cornée réceptrice dans la totalité de son épaisseur et suture d'un greffon de taille légèrement supérieure.

Topoplastie lamellaire : la cornée n'est pas trépanée dans la totalité de son épaisseur (on laisse l'endothélium du receveur).

Indications opératoires (AV très basse et non remplaçable par un autre traitement)

DYSTROPHIES CORNÉENNES BULLEUSES PRIMITIVES (*cornea guttata*) ou secondaires (postchirurgicales).

DYSTROPHIES CORNÉENNES POSTINFECTIEUSES (herpès, bactéries, amibes).

DYSTROPHIES DE TRAUMATISMES OCULAIRES (brûlures, plaies perforantes).

KÉRATOCÔNE (dégénérescence cornéenne en forme de cône avec amincissement de la cornée).

Dystrophies cornéennes héréditaires.

Contre-indications

Œdème aigu (apparition d'un Tyndall et d'un œdème de cornée) : nécessite une corticothérapie.

Aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; indications et pronostics ; aspects éthiques et légaux.

Elle est la

Princip

Il en existe

- ▶ kératocône dans la supé
- ▶ kératocône épai

Indica amélio

- ▶ DYSTROPHIES
- ▶ CICA
- ▶ CICA
- ▶ KÉRA
- ▶ Autr

Compl

- ▶ Rejet
- une

¹ Aspects épidémiologiques et complications

- ▶ Rejet chronique (œdème et néovascularisation du greffon) : corticothérapie et immunosuppresseurs.
- ▶ Récidive de la maladie.
- ▶ HTO.
- ▶ Retard de cicatrisation.



Le mot du conférencier

Ce chapitre ne peut, selon moi, tomber au concours. On peut éventuellement glisser une question dans un dossier (par exemple : traitement d'un kératocône évolué chez un jeune...).

Il faut noter que ces techniques peuvent être réalisées actuellement par laser (expérimental).

Hypertension artérielle de l'adulte

Objectif : Expliquer l'épidémiologie, les principales causes et l'histoire naturelle de l'hypertension artérielle de l'adulte.

Rétinopathie hypertensive

- ▶ Lésions rétiniennes et papillaires dues à l'augmentation aiguë des chiffres tensionnels (lésions RÉVERSIBLES après traitement de l'HTA).
- ▶ À différencier de l'ARTÉRIOSCLÉROSE RÉTINIENNE : lésions rétiniennes chroniques vasculaires dues à l'athérosclérose, NON RÉVERSIBLES.

Clinique

- ▶ ASYMPTOMATIQUE +++.
- ▶ FO :
 - ◆ hémorragies superficielles en flammèches
 - ◆ hémorragies profondes
 - ◆ nodules cotonneux (par ischémie des axones)
 - ◆ exsudats secs
 - ◆ œdème papillaire

Classification

Rétinopathie hypertensive	Artériosclérose rétinienne
Stade I : rétrécissement artériel diffus	Stade I : croisement artérioveineux
Stade II : I+ hémorragies rétiniennes et nodules cotonneux	Stade II : I + rétrécissement artériolaire en regard
Stade III : II + œdème papillaire	Stade III : II + oblitérations veineuses et engainements vasculaires

Complications

- ▶ OACR, OVCR.
- ▶ NOIAA.
- ▶ Ischémie choréïdienne.

Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (NOIAA)

- ▶ Déjà développée dans la question sur le Horton (voir item 119).
- ▶ Autres étiologies : ARTÉRIOSCLÉROSE +++ (cause la plus fréquente : facteurs de risque cardiovasculaires).

Occlusions artérielles rétiniennes

Étiologies

- ▶ Thromboses :
 - ◆ ATHÉROSCLÉROSE +++
 - ◆ Horton
 - ◆ autres artérites inflammatoires (PAN, lupus, Behçet, Takayasu...)
 - ◆ leucémies, CIVD
- ▶ Embolies :
 - ◆ athérome carotidien +++, cardiaque
 - ◆ cholestéroliques, calcaires, plaquettaires...
- ▶ Autres : spasmes, compressions, troubles de la coagulation...

Diagnostic

- ▶ Signes fonctionnels :
 - ◆ BAV brutale, importante, unilatérale, avec œil blanc, indolore
 - ◆ ± précédée de cécité monoculaire transitoire
- ▶ Examen clinique :
 - ◆ mydriase aréflexique (RPM direct aboli, consensuel conservé)
 - ◆ FO +++ :
 - rétine blanche (œdème ischémique)
 - macula rouge « cerise » (car toujours vascularisée par la choroïde)
 - artères filiformes, grêles
- ▶ Examens complémentaires :
 - ◆ VS, CRP +++ POUR ÉLIMINER UN HORTON ⚠ ± BAT
 - ◆ ECG, ETO, échographie des vaisseaux du cou : l'OACR est à considérer en urgence comme un équivalent d'AVC
- ▶ Pronostic : mauvais +++, même avec traitement.

Le diagnostic est clinique et l'ANGIOGRAPHIE À LA FLUORESCÉINE n'est pas indispensable. Elle montrerait un allongement du temps bras-rétine et du temps artérioveineux et un aspect en arbre mort du réseau vasculaire.

Traitement

Aucun traitement n'a prouvé son efficacité (anticoagulants, antiagrégants plaquettaires...) en dehors de la CORTICOTHÉRAPIE à forte dose pour traiter une éventuelle maladie de Horton.

Cas particuliers

- ▶ Occlusion d'une branche de l'artère centrale de la rétine :
 - ◆ occlusion d'un territoire limité
 - ◆ BAV variable, amputation du CV
 - ◆ pas de mydriase
 - ◆ FO : œdème rétinien en secteur ± embole visible
 - ◆ pronostic meilleur
- ▶ Cécité monoculaire transitoire :
 - ◆ OACR transitoire
 - ◆ interrogatoire +++
 - ◆ BAV brutale, brève, récupération totale
 - ◆ bilan cardiovasculaire +++ en urgence
- ▶ Artère ciliorétinienne : si OACR, AV conservée tubulaire centrale ($\approx 20\%$ des sujets présentent une artère ciliorétinienne d'origine choroïdienne qui va irriguer la macula).

Occlusions veineuses rétinienne

Étiologies

- ▶ Artériosclérose : dans 90 % cas (tous les facteurs de risques cardiovasculaires : HTA, diabète, tabac, dyslipidémie, obésité, sédentarité).
- ▶ Autres : hématologiques, maladies inflammatoires (sarcoïdose, syphilis...), compression, médicamenteuses (contraception), HTO (GCAO souvent associé).

Formes cliniques

	Œdémateuse (80 % des cas)	Ischémique (20 % des cas)
Fonction Visuelle	BAV modérée	BAV majeure
FO	<ul style="list-style-type: none"> • Veines dilatées, irrégulières • Œdème papillaire • Artères normales • Hémorragies ++ • Œdème rétinien +++ 	<ul style="list-style-type: none"> • Veines dilatées, irrégulières • Œdème papillaire • Artères grêles • Hémorragies +++ • Nodules cotonneux • Aspect d'ischémie rétinienne

Hidden page



Le mot du conférencier

La vascularisation de la rétine est assurée par deux artères : l'artère centrale de la rétine (issue de l'artère ophtalmique, première branche de la carotide interne) et l'artère choriocapillaire.

Tous ces diagnostics sont cliniques et les examens complémentaires ne sont pas indispensables pour les confirmer. En revanche, ils le sont dans le bilan étiologique (facteurs de risque cardiovasculaires et Horton). Les thérapeutiques anti-VEGF sont également utilisées devant l'apparition d'une néovascularisation, mais SANS AMM.

Pour l'OVCR, il existe des formes cliniques mixtes dans 5 % cas.

ITEM 187

Anomalie de la vision d'apparition brutale

*Objectifs : Diagnostiquer une anomalie de la vision d'apparition brutale.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.*

Une anomalie de la vision d'apparition brutale est une **URGENCE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE**.

Diagnostic

Interrogatoire

- ▶ Antécédents ophtalmologiques personnels et familiaux.
- ▶ Antécédents généraux.
- ▶ Mode de survenue : date de début, description des troubles, œil atteint, évolution.
- ▶ Signes associés.
- ▶ Notion de traumatisme.

Examen clinique : bilatéral et comparatif

- ▶ AV de loin et de près.
- ▶ LAF (annexes, cornée, conjonctive, CA, RPM, cristallin, test à la fluorescéine...).
- ▶ TO.
- ▶ FO (après élimination d'un glaucome aigu par fermeture de l'angle).

Examens complémentaires : à discuter selon l'examen clinique.

Étiologies à évoquer

Œil rouge et douloureux	Œil blanc et indolore	Anomalies transitoires
<ul style="list-style-type: none"> • Kératite aiguë • Glaucome aigu par fermeture de l'angle • Uvéite antérieure • Endophtalmie • Traumatisme oculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies vasculaires : <ul style="list-style-type: none"> – OACR, OVCR, DMLA – AVC • Pathologies rétinienne : <ul style="list-style-type: none"> – DR – rétinopathie diabétique – rétinopathie infectieuse (toxoplasmose, virale) • Pathologies vitréennes : <ul style="list-style-type: none"> – uvéite postérieure (hyalite) – hémorragie intravitréenne • Pathologies du nerf optique : <ul style="list-style-type: none"> – NOIAA, NORB – compression, traumatisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Cécité monoculaire transitoire • AIT • Migraine ophtalmique

Décollement de rétine

- ▶ CLIVAGE ENTRE LA RÉTINE NEUROSENSORIELLE ET L'ÉPITHÉLIUM PIGMENTAIRE.
- ▶ RHEGMATOGÈNES +++ (DUS À UNE DÉCHIRURE).

Étiologies : « MACULAS »

- ▶ **M**ypopie +++.
- ▶ **A**phakie (absence de cristallin).
- ▶ **C**ontusion oculaire.
- ▶ **U**véite postérieure.
- ▶ **L**ésions périphériques (myope +++).
- ▶ **A**ntécédents familiaux de DR.
- ▶ **S**énescence.

Diagnostic

- ▶ Interrogatoire :
 - ◆ myodésopsies, phosphènes, amputation du CV, scotome
 - ◆ BAV brutale si atteinte maculaire ou HIV associée

- ▶ Examen clinique :
 - ◆ mesure de l'AV
 - ◆ TO : hypotonie fréquente
 - ◆ FO +++ : diagnostique le DR, localise les déchirures, recherche une atteinte maculaire
 - ◆ EXAMEN DE L'ŒIL ADELPHÉ 
- ▶ Bilan paraclinique : échographie B si HIV empêchant le FO.

Pronostic

Il dépend essentiellement du soulèvement maculaire et de l'ancienneté.

Traitement chirurgical

Cryo-indentation ou vitrectomie associée à un tamponnement interne par gaz ou silicone :

- ▶ obturer la déchirure
- ▶ cicatriser la rétine autour de la déchirure
- ▶ relâcher les tractions vitréennes

Hémorragie intravitréenne

Étiologies à évoquer

- ▶ Rétinopathie diabétique proliférante compliquée.
- ▶ Plaie du globe oculaire.
- ▶ DR (déchirures).
- ▶ Tumeurs, OVCR, vascularites...
- ▶ Syndrome de Terson.

Diagnostic

- ▶ Interrogatoire : BAV plus ou moins importante, « pluie de suie », myodésopsies.
- ▶ Examen clinique : TO, FO +++ diagnostique et étiologique (si HIV minime).
- ▶ Examens complémentaires : échographie B si HIV majeure.

Traitement

- ▶ Étiologique.
- ▶ Curatif : vitrectomie.

Le syndrome de Terson est caractérisé par une hémorragie méningée compliquée d'HIV.

Hidden page

Hidden page

Hidden page

- ▶ Électriques.
- ▶ Radiations : solaires, soudure.

Diagnostic

- ▶ Interrogatoire : circonstances de survenue, ACCIDENT DOMESTIQUE, ACCIDENT DE TRAVAIL, AGRESSION.
- ▶ Évaluation de la gravité : AV, examen des lésions à la LAF, recherche de lésion associée (oropharynx) mettant en jeu le pronostic vital.

Classification

	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
	Très bon pronostic	Bon pronostic	Pronostic réservé	Mauvais pronostic
Désépithélialisation	Isolée et modérée	Modérée	Totale	Totale
Opacité cornéenne	–	Totale avec détails de l'iris visibles	Totale masquant détails iris	Totale masquant le segment antérieur
Ischémie limbique	–	≤ 1/3 de la circonférence du limbe	Entre 1/3 et la moitié de la circonférence du limbe	> la moitié de la circonférence du limbe

Conduite à tenir

- ▶ URGENCE.
- ▶ Lavage oculaire prolongé abondant +++ avec contrôle du pH.
- ▶ SAT, VAT.
- ▶ Traitement local : antibiothérapie, anesthésique, cicatrisant, cycloplégique.
- ▶ Surveillance +++.



Le mot du conférencier

Une plaie du globe n'est pas (contrairement à l'idée reçue) très douloureuse, tout traumatisme oculaire doit donc la faire rechercher.

Seidel positif : écoulement d'humeur aqueuse visualisé par adjonction de fluorescéine.

Tous les traumatismes oculaires (en dehors du CE superficiel) sont des urgences.

Il faut toujours préciser l'acuité visuelle et rechercher une diplopie devant un traumatisme oculaire.

Hidden page

Hidden page

- ▶ Mydriase : stress, obscurité, anesthésie générale, médicaments (collyres mydriatiques, antiparkinsoniens, antidépresseurs, atropine...).

Diagnostic

- ▶ Interrogatoire :
 - ◆ BAV brutale nocturne ou au réveil, œil rouge, douleur avec céphalées
 - ◆ syndrome oculodigestif (vomissements, nausées)
 - ◆ syndrome oculocardiaque (bradychardie, sueurs)
- ▶ Examen clinique :
 - ◆ BAV
 - ◆ CPK
 - ◆ œdème de cornée
 - ◆ semi-mydriase aréflexique
 - ◆ chambre antérieure étroite
 - ◆ angle iridocornéen fermé à la gonioscopie
 - ◆ HTO +++
 - ◆ œil dur, en « bille de verre », à la palpation
 - ◆ FO SANS DILATATION
- ▶ Examens complémentaires : gonioscopie (angle iridocornéen fermé).

Traitement

- ▶ Hospitalisation.
- ▶ Traitement hypotonisant local et général (Diamox®, mannitol).
- ▶ Traitement myotique (pilocarpine) de l'œil sain immédiatement ⚠ et de l'œil atteint après normalisation du TO.
- ▶ Après la crise : iridectomie périphérique chirurgicale ou au laser des deux yeux ⚠.

Uvéites antérieures aiguës

Définition : inflammation de l'uvée antérieure (iris et corps ciliaires).

Étiologies

- ▶ Infectieuses (toxoplasmose, syphilis, tuberculose, maladie de Lyme, *Herpes virus...*).
- ▶ Inflammatoires (sarcoïdose, Behçet, SEP, Crohn, RCH, psoriasis, SPA).
- ▶ Idiopathiques +++.

Diagnostic

- ▶ Interrogatoire : BAV, œil rouge et douloureux.
- ▶ Clinique :
 - ◆ BAV
 - ◆ CPK
 - ◆ myosis

Hidden page

- ◆ prurit +++
- ◆ bilatérales
- ◆ papilles +++
- ◆ traitement : éviction de l'allergène, collyre antiallergique

Cas particuliers

- ▶ Fausses membranes : streptocoque, diphtérie.
- ▶ Nouveau-né : urgence si suspicion de conjonctivite à *Chlamydiae*.
- ▶ Nourrisson : +++ par non-maturation des voies lacrymales.

Sclérite, épisclérite

Sclérite

- ▶ Inflammation de la sclère.
- ▶ Rougeur persistante après instillation de néosynéphrine.
- ▶ Sans BAV, douleur +++.
- ▶ Étiologies : polyarthrite rhumatoïde, tuberculose, idiopathique...
- ▶ Traitement étiologique et anti-inflammatoire local.

Épisclérite

- ▶ Inflammation de l'épisclère.
- ▶ Rougeur disparaissant après instillation de néosynéphrine.
- ▶ Sans BAV, modérément douloureuse.
- ▶ Traitement par anti-inflammatoires locaux.

Hémorragie sous-conjonctivale

- ▶ Sans gravité.
- ▶ Rougeur franche, localisée, homogène, soulevant la conjonctive.
- ▶ Rechercher : HTA, prise d'anticoagulants (rechercher surdosage).
- ▶ Sinon idiopathique +++.



Le mot du conférencier

La kératite aiguë, l'uvéite antérieure aiguë et le glaucome aigu sont les trois urgences à rechercher systématiquement.

Devant toute kératite, ne pas oublier à l'interrogatoire le **port de lentilles de contact** (facteur de gravité +++).

Uvéite

L'uvéite de la SPA est une question simple à rajouter en fin de dossier...

L'uvéée associe l'iris, les procès ciliaires et la *pars plana*.

Les complications possibles de l'uvéite sont : récurrence, glaucome secondaire et cataracte.

Glaucome aigu par fermeture de l'angle

- Physiopathologie du GAFA : **blocage pupillaire** empêchant la sortie de l'humeur aqueuse, d'où accumulation dans la chambre postérieure et **blocage prétrabéculaire**.
- Contre-indications du mannitol : insuffisance cardiaque, déshydratation intracellulaire, insuffisance rénale oligoanurique.

Hidden page

Classification de la rétinopathie diabétique (RD)

	FO	Surveillance
Stade 1 (pas de RD)	Normal	Examen et FO annuels
Stade 2 (RDNP minime)	Microanévrismes isolés	Examen et FO annuels
Stade 3 (RDNP modérée)	Entre stades 2 et 4	Examen et FO tous les 6 mois ± angiographie
Stade 4 (RDNP sévère)	Un des signes suivants : – ≥ 20 hémorragies rétinienues dans les 4 quadrants – anomalies veineuses en chapelet dans 2 quadrants au moins – AMIR dans au moins 1 quadrant	Examen et FO tous les 4 à 6 mois ± angiographie
Stade 5 (RDP)	• Non compliquée : néovaisseaux pré-rétiniens et/ou pré-papillaires • Compliquée : HIV, DR tractionnel, glaucome néovasculaire (GNV)	Traitement puis examen et FO tous les 2 à 4 mois ± angiographie


RDNP : rétinopathie non proliférante; RDP : rétinopathie proliférante; RDNP sévère : RD préproliférante.

Classification de la maculopathie diabétique

L'atteinte maculaire est traitée à part car elle peut s'observer à tous les stades de la RD.

- ▶ Maculopathie œdémateuse :
 - ◆ œdème maculaire localisé
 - ◆ œdème maculaire diffus non cystoïde
 - ◆ œdème maculaire diffus cystoïde
- ▶ Maculopathie ischémique.

Traitement

- ▶ CONTRÔLE GLYCÉMIQUE ET TENSIONNEL +++ 
- ▶ TRAITEMENT DE LA RD :
 - ◆ panphotocoagulation rétinienne (PPR) au laser argon
 - ◆ indications :
 - RDP
 - RDNP sévère si cas particulier : grossesse, équilibration rapide de la glycémie, chirurgie de la cataracte, RDP ou RDNP sévère

controlatérale, suivi aléatoire (ces cas sont des risques de décompensation accrue de la RD)

- ▶ TRAITEMENT DE LA MACULOPATHIE DIABÉTIQUE : laser périfovéolaire, injection intravitréenne de corticoïdes.
- ▶ TRAITEMENT DES COMPLICATIONS (HIV, DR, GNV).



Le mot du conférencier

Attention, l'angiographie n'est pas systématique. Le FO seul peut suffire!

Encore une fois, les anti-VEGF ont une place dans le traitement des RDP et notamment de l'œdème maculaire mais sans AMM.

ITEM 240

Glaucome chronique

*Objectifs : Diagnostiquer un glaucome chronique.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Définition

NEUROPATHIE OPTIQUE CHRONIQUE PROGRESSIVE ET IRRÉVERSIBLE, DUE À LA COMPRESSION MÉCANIQUE DU NO ET À UNE HYPOPERFUSION DE LA PAPILLE :

- ▶ hypertonie oculaire > 21 mmHg
- ▶ augmentation de l'excavation papillaire
- ▶ altération du CV

Épidémiologie du glaucome

- ▶ Augmentation de la prévalence avec l'âge : = 4 % de la population après 75 ans.
- ▶ Deuxième cause de cécité dans les pays industrialisés.
- ▶ Facteurs de risque :
 - ◆ HTO +++
 - ◆ âge
 - ◆ antécédents familiaux
 - ◆ corticoïdes
 - ◆ diabète, HTA ou hypotension artérielle
 - ◆ myope fort
- ▶ Asymptomatique jusqu'à un stade Tardif.

Diagnostic

Circonstances de découverte : examen systématique ++++.

Examen clinique

- ▶ AV de loin et de près.
- ▶ TO \geq 21 mmHg.
- ▶ Gonioscopie : angle iridocornéen ouvert.

Hidden page

Collyres disponibles

	Diminution de la sécrétion d'humeur aqueuse		Augmentation de l'élimination de l'humeur aqueuse	
	Bêtabloquant	Inhibiteur de l'anhydrase carbonique	$\alpha 2$ -agoniste	Analogues des prostaglandines
Indication	Première intention	En association	En association	En association
Effets indésirables		Hypokaliémie, acidose, lithiases rénales		Hyperhémie conjonctivale, rhinorrhée, larmolement
Contre-indications	Celles des bêtabloquants PO	Insuffisance rénale, hépatique, allergie aux sulfamides		Allergie, uvéite
				Uvéite, allergie



Le mot du conférencier

Le glaucome reste très longtemps asymptomatique et pose donc un problème diagnostique.

Physiopathologie : augmentation progressive des résistances trabéculaires par sclérose des cellules trabéculaires.

Les échecs des traitements locaux sont le plus souvent dus à des intolérances allergiques aux collyres.

Les indications chirurgicales reposent sur l'échec du traitement médical maximal (dégradation du CV, BAV, aggravation de l'excavation), la non-observance du traitement, l'intolérance aux collyres.

Dans le traitement, ne pas oublier le traitement étiologique (arrêt corticothérapie si possible).

Toutes les contre-indications des collyres sont à connaître et peuvent facilement entraîner un zéro à la question...

ITEM 246

Hyperthyroïdie

*Objectifs : Diagnostiquer une hyperthyroïdie.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Ophtalmopathie dysthyroïdienne

Étiologies possibles

- ▶ Basedow ++++.
- ▶ Thyroïdite de Hashimoto.

Atteintes ophtalmologiques

- ▶ Exophtalmie (voir *infra*).
- ▶ Muscles oculomoteurs : diplopie due à une myopathie (œdème inflammatoire puis fibrose), +++ droit inférieur et droit médial.
- ▶ Paupières : rétraction palpébrale supérieure et asynergie oculopalpébrale (signe de Von Graefe).
- ▶ Conjonctive : hyperhémie, chémosis.
- ▶ Cornée : kératoconjonctivite limbique supérieure, ulcération → perforation.
- ▶ TO : HTO.
- ▶ Nerf optique : neuropathie optique mécanique et ischémique.

Exophtalmie basedowienne

Clinique

- ▶ Atteinte bilatérale, axile, réductible, non pulsatile, asymétrique, indolore.
- ▶ Associée à d'autres atteintes oculaires (++ atteinte palpébrale).

Examens complémentaires

- ▶ Exophtalmomètre de Hertel > 20 mm.
- ▶ Scanner orbitaire (objective l'exophtalmie et les atteintes des tissus mous).

Complications : EXOPHTALMIE MALIGNÉ irréductible, douloureuse, avec œdème palpébral important et paralysie oculomotrice (TRAITEMENT EN URGENCE : corticothérapie, radiothérapie, jusqu'à la décompression chirurgicale).

Traitement

- ▶ ÉTIOLOGIQUE de la dysthyroïdie.
- ▶ SYMPTOMATIQUE des atteintes ophtalmologiques.

Autres exophtalmies

Infectieuses : cellulite infectieuse orbitaire (+++ chez l'enfant).

Inflammatoires :

- ▶ pseudotumeur inflammatoire (+++ chez l'adulte)
- ▶ myosites

Vasculaires :

- ▶ fistule carotidocaverneuse
- ▶ varices orbitaires
- ▶ thrombophlébite du sinus caverneux

Tumorales :

- ▶ tumeur des glandes lacrymales (+++ chez l'adulte)
- ▶ lymphome orbitaire (+++ chez l'adulte)
- ▶ gliome du NO, méningiome (+++ chez l'adulte)
- ▶ hémangiome caverneux (+++ chez l'adulte et l'enfant)
- ▶ rhabdomyosarcome, neurofibrome, rétinoblastome (+++ chez l'enfant)
- ▶ métastases



Le mot du conférencier

Le traitement de la dysthyroïdie ne traite pas les manifestations ophtalmologiques de la maladie. Le traitement de la kératoconjonctivite repose sur des pommades cicatrisantes, des larmes artificielles, des antalgiques et des antibiotiques en cas de surinfection.

La pseudotumeur inflammatoire est un diagnostic d'élimination.

ITEM 271

Pathologie des paupières

Objectif : Diagnostiquer et traiter un orgelet, un chalazion.

Il s'agit dans les deux cas d'une PATHOLOGIE INFECTIEUSE.

Orgelet

- ▶ INFECTION DES GLANDES PILOSÉBACÉES DE ZEISS (glandes annexées à un cil).
- ▶ Staphylocoque doré +++ (équivalent à un furoncle d'un cil).
- ▶ Tuméfaction du bord libre de la paupière centrée par un point blanc à la base d'un cil.
- ▶ TRAITEMENT PAR POMMADE ANTIBIOTIQUE.

Chalazion

- ▶ GRANULOME INFLAMMATOIRE D'UNE GLANDE DE MEIBOMIUS (PRODUISANT LA PARTIE LIPIDIQUE DES LARMES).
- ▶ Stade inflammatoire puis kystique.
- ▶ Nodule palpébral inflammatoire douloureux.
- ▶ TRAITEMENT LOCAL ANTIBIOTIQUE ET CORTICOÏDE (Sterdex®, hors contre-indication) + soins locaux (massage des paupières avec compresses chaudes).
- ▶ SI RÉSISTANCE à un traitement bien conduit : exérèse chirurgicale.



Le mot du conférencier

Question très simple à laquelle j'ai rajouté les autres pathologies possibles des paupières.

Pathologie infectieuse : dacryocystite aiguë

- Infection aiguë du sac lacrymal.
- Douleur, inflammation en regard du sac lacrymal jusqu'à un œdème des paupières.
- Risque de cellulite orbitaire et de fistulisation.
- Urgence : antibiothérapie IV, drainage si abcès (scanner +++).

Pathologie mécanique

Ectropion

- Bascule externe du bord libre de la paupière +++ inférieure.
- Larmolement chronique, conjonctivite chronique.
- **Étiologies** : sénile ++, post-traumatique, paralytique (paralysie VII).

Entropion

- Bascule interne du bord libre de la paupière +++ inférieure.
- Entraîne un contact entre les cils et la cornée : larmolement, kératite jusqu'à abcès de cornée.
- **Étiologies** : sénile, cicatricielle.

Ptôsis

- Chute de la paupière supérieure, uni ou bilatérale, avec recouvrement du limbe supérieur > 2 mm.
- **Étiologies** : congénital ++, myasthénie, sénile, traumatique, paralytique (III), syndrome de Claude-Bernard Horner (compression sympathique).

Pathologie tumorale

- Tumeurs bénignes :
 - xanthélasma;
 - angiome;
 - papillome.
- Tumeurs malignes :
 - basocellulaire +++;
 - spinocellulaire.
- Biopsies des lésions au moindre doute pour examen anatomopathologique.

Plaies

- Interrogatoire : mécanisme, accident de travail?, heure.
- Examen :
 - général si polytraumatisé;
 - palpébral : fonction du muscle releveur de paupière, examen des plaies (recherche une **plaie du bord libre, des canalicules lacrymaux**) nécessitant une suture **en urgence** au bloc opératoire;
 - ophtalmologique (recherche d'une plaie du globe associée).
- Ne pas oublier SAT, VAT.

ITEM 287

Trouble de la réfraction

Objectif : Diagnostiquer un trouble de la réfraction.

Définitions

Réfraction

- ▶ Déviation des rayons lumineux lors de la traversée des différents milieux de l'œil jusqu'à la rétine.
- ▶ Elle dépend de :
 - ◆ LA LONGUEUR AXIALE DE L'ŒIL
 - ◆ LA PUISSANCE DE LA CORNÉE (RAYON DE COURBURE)
 - ◆ LA PUISSANCE DU CRISTALLIN
 - ◆ L'INDICE DES MILIEUX TRANSPARENTS DE L'ŒIL

Dioptrie

Surface qui sépare deux milieux transparents d'indice différent (cornée, cristallin) dont la puissance s'exprime en dioptries.

Emmétropie

Lorsque des rayons lumineux parallèles atteignent un œil anatomiquement et physiologiquement normal, ils sont réfractés et convergent sans accommodation sur la rétine.

Amétropie

Trouble de la réfraction : les rayons lumineux ne convergent pas sur la rétine.

Examen d'un trouble de la réfraction

- ▶ Réfractomètre automatisé.
- ▶ Skiascopie.
- ▶ Réfractométrie subjective (essai de verres correcteurs).

Accommodation

Capacité que possède l'œil d'augmenter son pouvoir de convergence.

Amblyopie

BAV organique (lésion anatomique) ou fonctionnelle.

Amétropies sphériques

Hypermétropie

- ▶ Des rayons lumineux parallèles sont focalisés à une distance variable en arrière de la rétine : EFFORT ACCOMMODATIFS (céphalées, « fatigue visuelle »).
- ▶ Œil trop court, cornée de faible courbure, cristallin de faible puissance.
- ▶ Correction par VERRES CONVERGENTS (CONVEXES).

Myopie

- ▶ Des rayons lumineux parallèles sont focalisés à une distance variable en avant de la rétine : VISION FLOUE DE LOIN, NETTE DE PRÈS.
- ▶ Œil trop long, augmentation de puissance de la cornée (kératocône) ou du cristallin (cataracte : MYOPIE D'INDICE).
- ▶ Correction par VERRES DIVERGENTS (CONCAVES).
- ▶ Complication du myope fort (> 6 dioptries) : DR, néovaisseaux, hémorragies.

Astigmatisme

- ▶ Des rayons lumineux parallèles ne sont pas focalisés en un point, car la réfraction de la lumière dans différents méridiens est inégale (IMAGE DIFFÉRENTE SELON DIFFÉRENTS AXES).
- ▶ Flou visuel, diplopie.
- ▶ Origine cornéenne +++ (cornée non sphérique).
- ▶ Correction par des VERRES CYLINDRIQUES.

Presbytie

- ▶ Diminution physiologique de l'amplitude d'accommodation avec l'âge, en raison de modifications physiques du cristallin.
- ▶ BAV PROGRESSIVE DE PRÈS, FATIGUE VISUELLE.
- ▶ Correction par des VERRES CONVEXES.



Le mot du conférencier

Le traitement de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme est accessible à la chirurgie réfractive par laser excimer.

ITEM 293

Altération de la fonction visuelle

Objectif : Devant une altération de la fonction visuelle, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

LES DIFFÉRENTES ÉTIOLOGIES À ÉVOQUER SONT LES SUIVANTES :

- ▶ BAISSÉ D'ACUITÉ VISUELLE BRUTALE : voir item 187.
- ▶ BAISSÉ D'ACUITÉ VISUELLE PROGRESSIVE :
 - ◆ troubles de la réfraction : voir item 287
 - ◆ opacités cornéennes
 - ◆ opacités cristalliniennes : cataracte
 - ◆ causes rétinienues :
 - DMLA, trou maculaire, membrane épirétinienne
 - œdème maculaire (diabète, OVCR, uvéites)
 - rétinopathie toxique médicamenteuse (antipaludéens de synthèse)
 - rétinopathies héréditaires (rétinite pigmentaire ++)
 - ◆ neuropathies optiques +++ : glaucome chronique, neuropathies toxiques (alcool)
- ▶ ALTÉRATION DU CHAMP VISUEL :
 - ◆ lésions rétinienues centrales (DMLA)
 - ◆ lésions rétinienues périphériques (DR, rétinite pigmentaire)
 - ◆ lésions du nerf optique (glaucome ++, NORB, NOIAA, tumeurs)
 - ◆ lésions du chiasma optique = hémianopsie bitemporale : adénome hypophysaire, méningiome, gliome
 - ◆ lésions des radiations optiques = hémianopsie latérale homonyme : vasculaires, tumorales
 - ◆ cortex (AVC)



Le mot du conférencier

Toutes ces étiologies ont été traitées précédemment. Les examens complémentaires (en dehors du scanner ou de l'IRM dans les pathologies touchant le cortex ou les voies optiques) ne sont pas indispensables au diagnostic, mais sont utiles dans le suivi.

Diplopie

Objectif : Devant l'apparition d'une diplopie, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Définitions

- ▶ Diplopie : vision double d'un objet unique.
- ▶ Diplopie monoculaire : persiste à l'occlusion d'un œil.
- ▶ Diplopie binoculaire : disparaît à l'occlusion de n'importe quel œil : +++ trouble oculomoteur.
- ▶ Les mouvements du globe oculaire se font grâce aux 6 muscles oculomoteurs.

	Innervation	Action
Droit médial	Nerf moteur oculaire commun (III)	Adducteur
Droit supérieur	III	Élévateur Adducteur Intorteur
Droit inférieur	III	Abaisseur Adducteur Extorteur
Droit latéral	Nerf moteur oculaire externe (VI)	Abducteur
Oblique supérieur	Nerf pathétique (IV)	Abaisseur Intorteur Abducteur
Oblique inférieur	III	Élévateur Extorteur

- ▶ Le III innerve également le muscle releveur de la paupière.
- ▶ Extorsion : mouvement du globe en dehors selon un axe antéropostérieur.
- ▶ Intorsion : mouvement du globe en dedans selon un axe antéropostérieur.

Examen

- ▶ Interrogatoire :
 - ◆ circonstances et mode de survenue, signes associés (douleur, vertiges, nausées)
 - ◆ caractère de la diplopie
- ▶ Inspection : rechercher une attitude vicieuse de la tête.
- ▶ Examen de la motilité oculaire : exploration des 9 POSITIONS DU REGARD (OCULOMOTRICITÉ EXTRINSÈQUE).
- ▶ Examen sous écran (*cover test*) : un écran est placé en alternance devant les deux yeux, à la levée du cache, l'œil paralysé est dévié (cette déviation permet de détecter le muscle atteint).
- ▶ Examen au verre rouge : vision d'une tache rouge et d'une tache blanche distinctes, lorsque le sujet fixe un point blanc avec un verre rouge devant l'œil droit (normalement fusion des 2 images).
- ▶ Test de Hess-Lancaster : test rouge-vert, qui permet de dépister et d'analyser une paralysie oculomotrice avec précision +++.
- ▶ Bilan orthoptique.
- ▶ Examen ophtalmologique complet :
 - ◆ OCULOMOTRICITÉ INTRINSÈQUE +++ : recherche d'une anisocorie (inégalité pupillaire)
 - ◆ AV, LAF, TO, FO

Paralysies des nerfs

III

- ▶ Intrinsèque et extrinsèque :
 - ◆ ptosis
 - ◆ paralysie dans les champs d'action des muscles atteints
 - ◆ mydriase aréflexique
 - ◆ paralysie de l'accommodation
- ▶ Intrinsèque (mydriase aréflexique) ou extrinsèque.

VI

- ▶ Diplopie dans le regard en dehors.
- ▶ Tête tournée du côté du muscle atteint.
- ▶ Œil en adduction.
- ▶ Fréquente +++.

IV

- ▶ Diplopie dans le regard en bas et en dedans (gêne à la lecture, pour la descente d'escaliers).
- ▶ Limitation des mouvements oculaires en bas et en dedans.
- ▶ Tête inclinée vers l'épaule du côté sain, menton abaissé.

Étiologies à évoquer

- ▶ Traumatiques : fracture de l'orbite +++ (incarcération du droit inférieur lors de fracture du plancher de l'orbite).
- ▶ Atteinte du SNC :
 - ◆ HTIC : +++ diplopie par atteinte du VI (non localisatrice)
 - ◆ tumeurs
- ▶ Causes vasculaires :
 - ◆ ANÉVRISMES CAROTIDIENS : +++ paralysie du III complète
 - ◆ AVC du tronc cérébral
 - ◆ fistules artérioveineuses
- ▶ Maladies générales :
 - ◆ diabète +++
 - ◆ Basedow
 - ◆ myasthénie
- ▶ Causes infectieuses :
 - ◆ méningites
 - ◆ syphilis tertiaire
- ▶ Causes inflammatoires :
 - ◆ HORTON +++
 - ◆ SEP



Le mot du conférencier

Question toujours très floue du point de vue des examens complémentaires, mais si vous les citez tous, c'est déjà très bien !

Les causes de diplopie monoculaire sont : cataracte, HIV, déformations ou opacités cornéennes, œdème maculaire.

ITEM 333

Strabisme de l'enfant

Objectif : Devant un strabisme de l'enfant, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Définition

- ▶ ANOMALIE DE LA VISION BINOCULAIRE, CARACTÉRISÉE PAR DEUX ÉLÉMENTS :
 - ◆ SENSORIEL : altération de la vision binoculaire
 - ◆ MOTEUR : déviation des axes oculaires (perte de parallélisme)
- ▶ Peut entraîner une amblyopie fonctionnelle par trouble de la vision binoculaire.
- ▶ TYPES DE STRABISME :
 - ◆ convergent (ésotropie) +++
 - ◆ divergent (exotropie)
 - ◆ vertical

Diagnostic

Interrogatoire

Antécédents familiaux et personnels, date et mode d'apparition, type de déviation et circonstances d'apparition.

Examen clinique

- ▶ Réfraction +++ sous cycloplégiques (dépistage d'une hypermétropie entraînant un strabisme accommodatif).
- ▶ AV (dépistage amblyopie).
- ▶ Inspection (type de strabisme, position de la tête, ptosis associé).
- ▶ Test à l'écran.
- ▶ Test du reflet cornéen (si centré pas de strabisme).
- ▶ Test de la croix de Maddox.
- ▶ Examen ophtalmologique complet avec fond d'œil ++.

Examens complémentaires

- ▶ Bilan orthoptique complet.
- ▶ Scanner en urgence si SUSPICION DE TUMEUR.

Traitement

- ▶ DE L'AMBLYOPIE (occlusion du bon œil après correction optique totale).
- ▶ DE LA DÉVIATION (orthoptique puis chirurgie de la déviation des axes).

Étiologies

Élément moteur

- ▶ Paralysie oculomotrice (VI +++, III, IV).
- ▶ Anomalies musculaires (fibrose musculaire, agénésie du VI).

Élément sensoriel

- ▶ Amblyopie organique (cataracte, cicatrice cornéenne...).
- ▶ Anomalies de la réfraction (hypermétropie +++, myopie).



Le mot du conférencier

Le but de l'examen d'un enfant strabique est avant tout d'éliminer une urgence (tumeur intra ou extraoculaire, paralysie oculomotrice, cataracte congénitale) puis de corriger au plus vite une cause bénigne (trouble de la réfraction) afin d'empêcher une amblyopie.

470333 - (I) - (3,5) - OSB 100° - PMS 294 - SPI

Elsevier Masson S.A.S. - 62, rue Camille-Desmoulins - 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

Dépôt légal : août 2008

Achevé d'imprimer sur les presses de la Snel - B-4041 Vottem (Belgique)

août 2008 - 45099

Imprimé en Belgique



la collection des conférenciers

dirigée par F. Lamazou


ORL – Stomatologie – Ophtalmologie

M. Devars
du Mayne
N. Rocher

La collection

Bien différents des ouvrages de cours ou de fiches existants, les ouvrages de « **La collection des conférenciers** » sont issus d'une analyse détaillée des annales de l'Internat et des ECN de ces dernières années.

Cette collection a pour objectif d'apprendre à l'étudiant de DCEM2-DCEM4 comment utiliser le mieux possible ses connaissances pour **réussir les ECN**.

- ▶ Des conseils méthodologiques généraux sont donnés en début d'ouvrage.
- ▶ Ensuite, chaque item fait l'objet d'une ou plusieurs fiches, traitant sous forme de réponses-types les points importants pour les ECN. Les zéros aux questions  sont également signalés au cours du texte.
- ▶ Chaque fiche s'achève par la rubrique « **Le mot du conférencier** » : l'auteur-conférencier y donne son avis sur le sujet, signale aux étudiants les pièges classiques à éviter, les sujets tombés et « tombables », et les erreurs et lacunes classiques observées lors des conférences et des concours blancs.

L'ouvrage

Dans cet ouvrage, tous les **items d'ORL, de stomatologie et d'ophtalmologie** du programme sont traités.

Le public

Les étudiants de **DCEM2-DCEM4** qui souhaitent se préparer efficacement aux **Épreuves Classantes Nationales**.

Les auteurs

Marie Devars du Mayne est interne des hôpitaux en ORL.

Nicolas Rocher est chef de clinique en ophtalmologie, responsable des concours blancs Sanofi Internat.

Pour vous préparer aux ECN
retrouvez tous les items et les ouvrages de DCEM
sur www.masson.fr

ISBN 978-2-294-70333-1



9 782294 703331

Copyrighted material